



Journal Website

Article history:

Received 28 February 2026

Revised 18 July 2026

Accepted 26 July 2026

Initial Publication 06 September 2026

Final Publication 22 June 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 2, pp 1-21



E-ISSN: 2981-1759

Comparison of the Effectiveness of Narrative Exposure Therapy and Psychodrama on Trauma-Related Negative Cognitions among Afghan Refugee Women: A Quasi-Experimental Study

Masoumeh. Delsouz¹, Ali. Poladi Rishari^{2*}, Moloud. Keikhosravani³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

³ Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran

* Corresponding author email address: alipouladir@pnu.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Delsouz, M., Poladi Rishari, A., & Keikhosravani, M. (2027). Comparison of the Effectiveness of Narrative Exposure Therapy and Psychodrama on Trauma-Related Negative Cognitions among Afghan Refugee Women: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(2), 1-21.



© 2027 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 aimed to compare the effectiveness of narrative exposure therapy and psychodrama in reducing trauma-related negative cognitions among Afghan refugee women.

Methodology: A quasi-experimental pretest–posttest design with a control group was employed. The study population consisted of Afghan refugee women aged 18 years or older residing in Tehran in 2025. Sixty eligible women were recruited through convenience sampling and randomly allocated by lottery to narrative exposure therapy, psychodrama, and control groups, with 20 participants in each group. Narrative exposure therapy was delivered in ten weekly individual sessions lasting 90–120 minutes, whereas psychodrama was provided in ten weekly 90-minute group sessions. The control group received no intervention during the study period. Data were collected using the Life Events Checklist and the Posttraumatic Cognitions Inventory. Analysis of covariance and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were conducted using SPSS version 27 and JASP version 0.19.

Findings: Analysis of covariance demonstrated a significant and large group effect on trauma-related negative cognitions after controlling for pretest scores ($F=64.324$, $p<0.001$, $\eta^2=0.749$). However, the effects of time, the time-by-pretest interaction, and the time-by-group interaction were not statistically significant ($p>0.05$). Bonferroni-adjusted comparisons indicated that narrative exposure therapy produced significantly lower negative cognition scores than psychodrama ($MD=-4.805$, $SE=0.575$, $p<0.001$) and the control condition ($MD=-6.188$, $SE=0.566$, $p<0.001$). Psychodrama also resulted in a statistically significant reduction compared with the control group ($MD=-1.383$, $SE=0.554$, $p=0.049$).

Conclusion: Both interventions reduced trauma-related negative cognitions; however, narrative exposure therapy was more effective than psychodrama. The structured reconstruction of life narratives, gradual exposure to traumatic memories, and reprocessing of trauma-related meanings may make narrative exposure therapy a particularly appropriate culturally sensitive intervention for Afghan refugee women.

Keywords: Narrative exposure therapy, psychodrama, posttraumatic cognitions, trauma-related negative cognitions, Afghan refugee women.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Forced migration and refugeehood are frequently accompanied by cumulative exposure to war, interpersonal violence, bereavement, displacement, poverty, discrimination, family separation, and uncertainty regarding legal and residential status. These experiences may continue to affect psychological functioning long after individuals have reached a host country because post-migration stressors can maintain a sense of danger, instability, and lack of control. Among refugee populations, cumulative traumatic exposure has been associated with psychological distress, somatization, impaired social functioning, and reduced quality of life (Jesuthasan et al., 2025). Evidence also indicates that adverse childhood experiences and repeated traumatic events increase vulnerability to post-traumatic stress symptoms among refugee and conflict-affected populations (Abu Khudair et al., 2025). Therefore, trauma in refugees should not be understood as a single past event but as a continuing interaction between traumatic memories and ongoing social, economic, relational, and cultural pressures.

Afghan refugee women represent a particularly vulnerable population because their psychological experiences may be shaped by the intersection of armed conflict, forced migration, gender-based restrictions, family responsibilities, economic hardship, social marginalization, and post-migration uncertainty. Trauma among Afghan refugees has both individual and collective dimensions and is influenced by gender roles, family structures, social expectations, and conditions in the receiving society (Kim et al., 2026). Women exposed to interpersonal violence may experience depression, post-traumatic stress, suicidal ideation, shame, and harmful coping behaviors, highlighting the need for gender-sensitive and trauma-informed interventions (Machisa et al., 2022). Interventions designed for displaced Afghan women should therefore consider safety, confidentiality, cultural values, family relationships, access barriers, and women's opportunities for psychological empowerment (Ramos, 2023).

One of the principal mechanisms involved in the persistence of trauma-related distress is the development of negative post-traumatic cognitions. These cognitions include negative beliefs about the self, other people, the world, personal responsibility, and the future. Survivors may perceive themselves as weak, damaged, guilty, or permanently unsafe, while viewing the world as threatening and other people as untrustworthy. Negative self-conscious cognitions and emotions following trauma are associated with maladaptive behaviors and may remain influential even when considerable time has passed since the traumatic event (Tran et al., 2019). Shame-proneness and negative cognitions are also closely associated with post-traumatic stress among women with histories of sexual or interpersonal trauma (Badour et al., 2020). Furthermore, rumination may mediate the relationship between negative affect and post-traumatic stress symptoms by maintaining repetitive self-blaming thoughts and preventing adaptive emotional processing (Brown et al., 2021).

Psychological treatment for refugees should consequently target not only overt symptoms but also the meanings attributed to traumatic experiences. However, intervention effectiveness may be reduced when treatment protocols are transferred without cultural adaptation. Language, religion, family values, attitudes toward mental health, gender expectations, and preferred forms of emotional expression can influence treatment participation and acceptability. Culturally adapted psychiatric interventions for Persian-speaking refugees and immigrants have shown the importance of linguistic accessibility, culturally relevant content, and sensitivity to migration-related experiences (Keshavarz-Akhlaghi et al., 2026).

Similarly, psychological support for conflict-affected populations in Afghanistan requires careful evaluation of cultural acceptability, feasibility, safety, and accessibility ([Schwartz et al., 2026](#)). Faith practices may also serve as sources of meaning, hope, and distress regulation among displaced Muslim women affected by war ([Rutledge, 2025](#)), while contemplative practices may contribute to trauma recovery by supporting emotion regulation and nonjudgmental awareness ([Scafuto et al., 2025](#)).

Trauma recovery among refugees extends beyond symptom reduction and may involve rebuilding identity, agency, trust, social connection, and participation in meaningful life activities. Refugees participating in trauma-informed community-based programs have described recovery in terms of being understood, regaining control, reconnecting socially, and restoring valued roles ([Appiah et al., 2026](#)). Community-based and culturally appropriate mental health services are therefore particularly important in conflict-affected and displaced populations ([Abu-Ras et al., 2024](#)). Studies of coping among Afghan refugees have likewise emphasized the influence of social support, belonging, relational continuity, and structural conditions on psychological adjustment over time ([Lane et al., 2025](#)). At the same time, uncertain residence status and continuing environmental instability may limit the effectiveness and durability of trauma-focused treatment ([Nahlén Bose & Diaz, 2025](#)).

Narrative exposure therapy is a structured trauma-focused intervention designed for individuals who have experienced multiple traumatic events. It helps clients construct a chronological life narrative in which traumatic memories are placed within their broader autobiographical context. Through repeated and gradual exposure to sensory, cognitive, emotional, and bodily aspects of trauma memories, clients are encouraged to differentiate past danger from present circumstances and integrate fragmented experiences into a coherent narrative. A systematic review and meta-analysis found that narrative exposure therapy can improve trauma-related outcomes among refugees and asylum seekers, particularly when the intervention is culturally adapted ([Wright et al., 2020](#)). Narrative exposure group therapy has also produced promising reductions in post-traumatic stress symptoms among internally displaced women, although controlled studies remain necessary ([Zelege et al., 2025](#)).

Trauma-focused programs conducted with Afghan populations provide further evidence that structured and culturally sensitive interventions are feasible. The METRA+ intervention was associated with improvements in mental health and social functioning among Afghan refugee adolescents ([Ahmadi et al., 2026](#)). A trauma-focused group-based psychological program conducted after a terrorist attack in Afghanistan also produced improvements in psychological outcomes among children and adolescents ([Amiri et al., 2026](#)). Although these studies involved younger populations, they support the broader applicability of culturally responsive trauma-focused care for Afghan communities.

Psychodrama represents another potentially relevant intervention. It is an active and experiential approach in which clients enact traumatic situations, interpersonal conflicts, damaged roles, and alternative responses in a protected therapeutic setting. Techniques such as role reversal, mirroring, doubling, scene reconstruction, and the empty-chair method can promote emotional processing and perspective change. In trauma-related disorders, psychodrama may facilitate recovery through controlled emotional activation, reconstruction of traumatic roles, interpersonal processing, and rehearsal of more empowered responses ([Krüger, 2024](#)). Psychological flexibility and reduced experiential avoidance are also recognized as important mechanisms across trauma therapies ([Dar & Hasan, 2026](#)). Despite the theoretical relevance of both interventions, comparative evidence regarding narrative exposure therapy and

psychodrama among Afghan refugee women remains limited. Accordingly, this study compared the effectiveness of narrative exposure therapy and psychodrama in reducing trauma-related negative cognitions among Afghan refugee women.

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The target population consisted of Afghan women aged 18 years or older residing in Tehran in 2025. Participants were recruited through counseling centers, nongovernmental organizations providing supportive services to migrants, and public announcements distributed through Instagram and Telegram. Volunteers completed an initial screening process, after which potentially eligible participants attended a brief clinical interview to confirm traumatic exposure, assess their general psychological condition, and determine their suitability for participation.

The inclusion criteria were female sex, Afghan nationality, age of at least 18 years, residence in Iran, experience of at least one traumatic life event, willingness to participate, and ability to attend the intervention sessions regularly. The exclusion criteria included active alcohol or substance use, psychotic disorders or other severe psychiatric conditions, serious neurological problems, repeated absence from treatment sessions, and withdrawal from the study. Sixty eligible women were selected through convenience sampling and randomly assigned by lottery to a narrative exposure therapy group, a psychodrama group, or a control group, with 20 participants initially allocated to each group.

Data were collected using the Life Events Checklist and the Posttraumatic Cognitions Inventory. The Life Events Checklist was used to identify exposure to potentially traumatic events. The Posttraumatic Cognitions Inventory is a 33-item self-report measure assessing negative beliefs about the self, negative beliefs about the world, and self-blame. Items are rated on a seven-point Likert scale, with higher scores indicating more severe trauma-related negative cognitions.

Narrative exposure therapy was administered individually over 10 weekly sessions lasting approximately 90 to 120 minutes. The sessions included establishment of therapeutic safety, psychoeducation about trauma, construction of a chronological lifeline, gradual narration of positive and traumatic life events, detailed processing of traumatic memories, differentiation between past and present, identification and modification of negative trauma-related beliefs, strengthening of resilience resources, integration of the life narrative, and relapse-prevention planning.

Psychodrama was delivered in a group format over 10 weekly sessions of approximately 90 minutes. The intervention included group safety and contracting, trauma psychoeducation, body and emotion awareness, identification of trauma-related roles, controlled enactment of distressing situations, work on shame and self-blame, role reversal, mirroring, reconstruction of interpersonal situations, development of agency, rehearsal of empowered roles, group meaning-making, and relapse-prevention planning. The control group received no psychological intervention during the study period. All participants completed the outcome measure at pretest and posttest, while descriptive data were also available for a follow-up assessment.

Data were analyzed using SPSS version 27 and JASP version 0.19. Descriptive statistics included means, standard deviations, medians, and interquartile ranges. Chi-square tests were used to examine demographic equivalence across groups. Analysis of covariance was conducted to compare trauma-related negative cognition scores while controlling for pretest scores. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons

were subsequently used to identify differences between groups. The significance level was set at 0.05, and effect sizes were reported using eta squared.

Findings

The three groups did not differ significantly in educational level, $\chi^2(8)=0.96$, $p=0.99$; age distribution, $\chi^2(4)=1.97$, $p=0.74$; marital status, $\chi^2(2)=0.74$, $p=0.69$; or employment status, $\chi^2(4)=1.03$, $p=0.91$. These results indicated acceptable demographic equivalence across the study groups.

At pretest, the mean trauma-related negative cognition scores were 144.313 in the psychodrama group, 144.929 in the narrative exposure therapy group, and 145.412 in the control group. At posttest, the corresponding means were 143.813, 139.071, and 144.588. At follow-up, the means were 143.438 in the psychodrama group, 138.429 in the narrative exposure therapy group, and 145.176 in the control group. Descriptively, the largest reduction was observed in the narrative exposure therapy group, while the psychodrama group showed a smaller reduction and the control group remained relatively stable.

The analysis of covariance indicated that the main effect of time was not statistically significant, $F=0.021$, $p=0.885$, $\eta^2=0.00048$. The time-by-pretest interaction was also nonsignificant, $F=0.020$, $p=0.889$, $\eta^2=0.00045$, as was the time-by-group interaction, $F=0.428$, $p=0.654$, $\eta^2=0.020$. The pretest covariate did not have a significant between-group effect, $F=1.523$, $p=0.224$, $\eta^2=0.034$. However, the main effect of group was statistically significant and large, $F=64.324$, $p<0.001$, $\eta^2=0.749$.

Bonferroni-adjusted comparisons showed a significant difference between psychodrama and narrative exposure therapy, $MD=4.805$, $SE=0.575$, $p<0.001$, indicating lower adjusted scores in the narrative exposure therapy group. Psychodrama also differed significantly from the control group, $MD=-1.383$, $SE=0.554$, $p=0.049$. Narrative exposure therapy produced a significantly greater reduction than the control condition, $MD=-6.188$, $SE=0.566$, $p<0.001$. Thus, both interventions were effective relative to the control condition, but narrative exposure therapy demonstrated superior effectiveness.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that trauma-related negative cognitions among Afghan refugee women can be reduced through structured psychological intervention. Both narrative exposure therapy and psychodrama produced significant improvements relative to the control group, although narrative exposure therapy generated a substantially greater reduction. This pattern suggests that interventions directly targeting the organization, meaning, and contextualization of traumatic memories may be especially effective for negative beliefs about the self, the world, and personal responsibility.

Narrative exposure therapy may have been more effective because it directly addresses fragmented autobiographical memory and helps participants place traumatic events within a coherent life narrative. Repeated narration may reduce avoidance, distinguish past threats from present conditions, and allow clients to reconsider beliefs of permanent danger, personal weakness, and self-blame. The individual format may also have provided greater privacy and emotional safety for discussing culturally sensitive or shame-laden experiences.

Psychodrama nevertheless produced a meaningful improvement compared with the control condition. Its effectiveness may be related to emotional expression, role reconstruction, perspective-taking, and group support. Enacting traumatic roles and rehearsing alternative responses may help participants move from passive victim positions toward greater agency. However, the group format may

have limited disclosure for some women, particularly when traumatic experiences involved violence, shame, or concerns about confidentiality.

The large group effect indicates that treatment condition accounted for a substantial proportion of variance in trauma-related negative cognition scores after adjustment for baseline differences. Nevertheless, the nonsignificant time-by-group interaction means that conclusions regarding differential trajectories over time should be made cautiously. The principal evidence of effectiveness rests on adjusted group differences and pairwise comparisons rather than on a statistically significant interaction pattern.

Overall, narrative exposure therapy appeared to be the more effective intervention for reducing trauma-related negative cognitions among Afghan refugee women. Psychodrama also had therapeutic value and may be particularly useful when treatment goals include emotional expression, interpersonal connection, role reconstruction, and recovery of agency. Trauma services for refugee women should be culturally sensitive, confidential, and integrated with broader social and supportive services. Future research should use larger randomized samples, equivalent treatment formats, and longer follow-up periods to determine the durability and mechanisms of these effects.



مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام بر افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی

معصومه دلسوز^۱، علی پولادی ریشه‌ری^۲، مولود کیخسروانی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: alipouladir@pnu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

دلسوز، معصومه، پولادی ریشه‌ری، علی، و کیخسروانی، مولود. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام بر افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۲)، ۲۱-۱.



© ۱۴۰۶ 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.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام در کاهش افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان پناهنده افغان ۱۸ سال و بالاتر ساکن تهران در سال ۲۰۲۵ بود. تعداد ۶۰ زن واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با قرعه‌کشی به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری مواجهه‌درمانی روایتی، سایکودرام و کنترل جایگزین شدند. مواجهه‌درمانی روایتی طی ۱۰ جلسه فردی هفتگی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای و سایکودرام طی ۱۰ جلسه گروهی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست رویدادهای زندگی و پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و JASP نسخه ۰.۱۹ انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر افکار منفی مرتبط با تروما معنادار و دارای اندازه اثر بزرگ بود ($F=64.324, p<0.001$). $\eta^2=0.749$. با این حال، اثر زمان، تعامل زمان و پیش‌آزمون و تعامل زمان و گروه معنادار نبودند ($p>0.05$). مقایسه‌های زوجی بونفرونی نشان داد تفاوت مواجهه‌درمانی روایتی با سایکودرام ($MD=-48.05, SE=0.575, p<0.001$) و گروه کنترل کرد ($MD=-13.83, SE=0.554, p=0.049$). **نتیجه‌گیری:** هر دو مداخله در کاهش افکار منفی مرتبط با تروما مؤثر بودند، اما مواجهه‌درمانی روایتی اثربخشی بیشتری نشان داد. بازسازی منسجم روایت زندگی، مواجهه تدریجی با خاطرات آسیب‌زا و بازپردازش معانی مرتبط با تروما می‌تواند این درمان را به گزینه‌ای مناسب برای خدمات روان‌شناختی حساس به فرهنگ در زنان پناهنده افغان تبدیل کند.

کلیدواژگان: مواجهه‌درمانی روایتی، سایکودرام، شناخت‌های پس از سانحه، افکار منفی مرتبط با تروما، زنان پناهنده افغان.



مقدمه

پناهندگی و مهاجرت اجباری از جمله پیچیده‌ترین تجربه‌های انسانی‌اند که معمولاً در پی جنگ، خشونت سازمان‌یافته، ناامنی سیاسی، فقر، فروپاشی ساختارهای اجتماعی و تهدید مستقیم زندگی رخ می‌دهند. برخلاف مهاجرت‌های اختیاری، پناهندگی اغلب با فقدان ناگهانی خانه، شبکه‌های حمایتی، جایگاه اجتماعی، امنیت اقتصادی و احساس تعلق همراه است و فرد را در معرض مجموعه‌ای از فشارهای پیش از مهاجرت، هنگام مهاجرت و پس از استقرار در کشور میزبان قرار می‌دهد. در چنین شرایطی، پیامدهای روان‌شناختی تجربه آسیب صرفاً به رویداد اولیه محدود نمی‌شود، بلکه مشکلات اقامتی، تبعیض، انزوای اجتماعی، ناامنی شغلی، دشواری دسترسی به خدمات و نگرانی درباره اعضای خانواده می‌توانند آثار تروما را تداوم بخشند. شواهد موجود نشان می‌دهد که در جمعیت‌های پناهنده، تجربه‌های آسیب‌زا با پربشانی روان‌شناختی، جسمانی‌سازی، افت کیفیت زندگی، مشکلات عملکردی و دشواری در سازگاری اجتماعی ارتباط دارند (Jesuthasan et al., 2025). همچنین شیوع بالای نشانه‌های استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان پناهنده و ارتباط آن با تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی نشان می‌دهد که پیامدهای تروما می‌توانند در سطوح رشدی مختلف و در طول زمان پایدار بمانند (Abu Khudair et al., 2025).

زنان پناهنده از نظر مواجهه با تروما در موقعیتی ویژه و چندلایه قرار دارند؛ زیرا افزون بر تجربه جنگ، آوارگی و فقدان، ممکن است با خشونت جنسیتی، سوءاستفاده، ازدواج اجباری، محدودیت‌های فرهنگی، وابستگی اقتصادی، مسئولیت مراقبت از کودکان و تهدیدهای مرتبط با جایگاه اجتماعی خود روبه‌رو شوند. تجربه خشونت بین‌فردی و تجاوز در زنان با افسردگی، نشانه‌های استرس پس از سانحه، افکار خودکشی و رفتارهای ناسازگارانه ارتباط دارد و ضرورت مداخلات حساس به جنسیت را برجسته می‌سازد (Machisa et al., 2022). در زنان پناهنده افغان، این آسیب‌پذیری ممکن است در نتیجه هم‌پوشانی جنگ‌های طولانی، مهاجرت‌های مکرر، محرومیت‌های اقتصادی، محدودیت‌های جنسیتی و چالش‌های پس از مهاجرت تشدید شود. بررسی ابعاد جنسیتی تروما در میان پناهندگان افغان نشان داده است که تجربه آسیب در این جمعیت صرفاً فردی نیست، بلکه در بستر روابط خانوادگی، حافظه جمعی، ساختارهای جنسیتی و دشواری‌های اجتماعی پس از مهاجرت شکل می‌گیرد (Kim et al., 2026). از این رو، درک وضعیت روان‌شناختی زنان پناهنده افغان نیازمند توجه هم‌زمان به تجربه‌های فردی، روابط خانوادگی، هنجارهای فرهنگی و شرایط اجتماعی آنان است.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی تجربه‌های آسیب‌زا، شکل‌گیری افکار و شناخت‌های منفی مرتبط با تروماست. این شناخت‌ها شامل باورهای منفی درباره خود، دیگران، جهان و آینده می‌شوند و ممکن است در قالب جملاتی مانند «من ناتوانم»، «من مقصرم»، «هیچ‌کس قابل اعتماد نیست»، «جهان همواره خطرناک است» یا «آینده‌ای برای من وجود ندارد» ظاهر شوند. این باورها نه تنها پیامد تجربه تروما هستند، بلکه می‌توانند در تداوم نشانه‌های پس از سانحه نیز نقش فعال داشته باشند. زمانی که فرد تجربه آسیب‌زا را به ناتوانی شخصی، بی‌ارزشی یا تقصیر خود نسبت می‌دهد، احتمال بروز شرم، احساس گناه، اجتناب، انزوای اجتماعی و درماندگی افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شناخت‌های منفی خودآگاه پس از تروما با هیجان‌هایی مانند شرم و گناه و نیز رفتارهای ناسازگارانه مرتبط هستند و گذشت زمان لزوماً موجب اصلاح این ارزیابی‌ها نمی‌شود (Tran et al., 2019).

در زنان دارای سابقه تروما، شرم و خودسرزنی می‌توانند نقش محوری در تثبیت شناخت‌های منفی ایفا کنند. زنانی که پس از تجربه خشونت، خود را مسئول وقوع حادثه می‌دانند یا خود را آسیب‌دیده، بی‌ارزش و فاقد کنترل تلقی می‌کنند، ممکن است در بازسازی احساس امنیت و اعتماد به دیگران با مشکل مواجه شوند. شواهد نشان داده است که گرایش به شرم، شناخت‌های منفی و نشانه‌های استرس پس از سانحه در زنان دارای سابقه تروما ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند (Badour et al., 2020). افزون بر این، نشخوار فکری می‌تواند افکار



منفی را تقویت کند و مانع پردازش سازگارانه تجربه آسیب‌زا شود. در بازماندگان زن تروماهای بین‌فردی، نشخوار فکری به‌عنوان سازوکاری میان عاطفه منفی و نشانه‌های استرس پس از سانحه عمل می‌کند و موجب تکرار ذهنی خاطرات، احساسات و ارزیابی‌های منفی می‌شود (Brown et al., 2021). بنابراین، مداخله مؤثر برای این گروه باید فراتر از کاهش سطح عمومی اضطراب عمل کند و به‌طور مستقیم به بازسازی باورهای منفی، کاهش خودسرزنی و اصلاح معنای تجربه آسیب‌زا بپردازد.

پیامدهای تروما در جمعیت‌های پناهنده تحت تأثیر شرایط پس از مهاجرت نیز قرار دارند. نااطمینانی اقامتی، دوری از خانواده، محدودیت‌های زبانی، احساس بی‌تعلقی و دسترسی ناکافی به مراقبت‌های روان‌شناختی می‌توانند فرایند بهبودی را دشوار کنند. مطالعات مربوط به کودکان و نوجوانان پناهنده با وضعیت اقامتی نامطمئن نشان داده‌اند که نتایج درمان تروما تحت تأثیر بی‌ثباتی محیطی، نبود امنیت و استمرار فشارهای اجتماعی قرار می‌گیرد (Nahlén Bose & Diaz, 2025). همچنین بررسی تجربه پناهندگان افغان سابقاً بدون همراه نشان داده است که راهبردهای مقابله‌ای آنان در طول زمان تحت تأثیر روابط اجتماعی، موانع ساختاری، احساس تعلق، شرایط مهاجرتی و امکان دسترسی به حمایت قرار دارد (Lane et al., 2025). این یافته‌ها تأکید می‌کنند که درمان تروما در پناهندگان نباید صرفاً به عنوان یک مداخله فردی و جدا از زمینه اجتماعی در نظر گرفته شود.

در سال‌های اخیر، مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر تروما برای پناهندگان و جمعیت‌های آسیب‌دیده از جنگ گسترش یافته‌اند، اما شواهد نشان می‌دهد که انتقال مستقیم پروتکل‌های درمانی از یک بافت فرهنگی به بافت دیگر ممکن است اثربخشی یا پذیرش درمان را محدود کند. زبان، باورهای فرهنگی، نقش خانواده، نگرش به بیماری روانی، ارزش‌های دینی و شیوه بیان هیجان‌ها باید در طراحی و اجرای درمان مورد توجه قرار گیرند. مرور مداخلات روان‌پزشکی سازگار شده با فرهنگ در میان مهاجران و پناهندگان ایرانی و فارسی‌زبان نشان داده است که سازگاری زبانی و فرهنگی می‌تواند پذیرش درمان، مشارکت مراجعان و تناسب محتوای مداخله با نیازهای آنان را افزایش دهد (Keshavarz-Akhlaghi et al., 2026). همچنین طراحی حمایت روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای جمعیت‌های آسیب‌دیده از تعارض در افغانستان نیازمند توجه به امکان‌پذیری، پذیرش اجتماعی، امنیت، دسترسی و حساسیت‌های فرهنگی است (Schwartz et al., 2026).

در مورد زنان آواره افغان، ملاحظات فرهنگی و جنسیتی اهمیت ویژه دارند. درمان باید با توجه به نقش خانواده، محرمانگی، احساس امنیت، تجربه خشونت، محدودیت‌های اجتماعی، سواد سلامت روان و احتمال انگ اجتماعی طراحی شود. در این زمینه تأکید شده است که مداخلات متمرکز بر تروما برای زنان افغان باید افزون بر کاهش نشانه‌ها، به توانمندسازی، بازسازی روایت زندگی، بازیابی احساس کنترل و ایجاد محیطی ایمن برای بیان تجربه‌های دشوار توجه کنند (Ramos, 2023). همچنین مذهب و معنویت در میان بسیاری از زنان مسلمان آواره می‌توانند منابعی برای معنا، امید، تحمل رنج و بازسازی ارتباط اجتماعی فراهم کنند. نقش اعمال دینی در کاهش پریشانی زنان مسلمان آسیب‌دیده از جنگ نشان می‌دهد که درمان حساس به فرهنگ باید به منابع معنوی و باورهای شخصی آنان نیز توجه داشته باشد (Rutledge, 2025). در کنار آن، شواهد مربوط به رویکردهای تأملی و ذهن‌آگاهانه نشان داده است که تنظیم هیجان، افزایش آگاهی بدون قضاوت و کاهش واکنش‌پذیری می‌توانند در بهبود پیامدهای تروما نقش داشته باشند (Scafuto et al., 2025).

با این حال، بهبود پس از تروما تنها به کاهش نشانه‌های اختلال محدود نیست. افراد پناهنده ممکن است به بازیابی هویت، احساس عاملیت، پیوند اجتماعی، اعتماد و مشارکت معنادار نیاز داشته باشند. مطالعه تجربه پناهندگان شرکت‌کننده در یک برنامه جامعه‌محور مبتنی بر اصول تروما نشان داد که بهبودی از دیدگاه آنان فرایندی فراتر از کاهش نشانه‌هاست و شامل احساس دیده‌شدن، تعلق، توانمندی، ارتباط و بازگشت به فعالیت‌های معنادار نیز می‌شود (Appiah et al., 2026). مرور مداخلات سلامت روان در سرزمین‌های اشغالی فلسطین و میان پناهندگان فلسطینی نیز بر اهمیت رویکردهای جامعه‌محور، دسترسی‌پذیر و متناسب با شرایط اجتماعی جمعیت‌های آسیب‌دیده از جنگ تأکید



کرده است (Abu-Ras et al., 2024). از این رو، مداخلاتی که هم‌زمان امکان پردازش فردی تجربه تروما و بازسازی روابط و نقش‌های اجتماعی را فراهم کنند، از اهمیت بالینی برخوردارند.

یکی از مداخلات متمرکز بر تروما که برای جمعیت‌های پناهنده توسعه یافته، مواجهه‌درمانی روایتی است. این رویکرد بر این فرض استوار است که تجربه‌های مکرر و شدید آسیب‌زا می‌توانند خاطرات را به صورت قطعات گسسته، حسی، هیجانی و فاقد زمینه زمانی در حافظه تثبیت کنند. در مواجهه‌درمانی روایتی، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا رویدادهای مثبت و منفی زندگی را در یک خط زمانی منظم قرار دهد و خاطرات آسیب‌زا را در قالب روایتی پیوسته، قابل فهم و مرتبط با بافت زندگی بازسازی کند. مواجهه تدریجی با جزئیات شناختی، هیجانی و جسمانی خاطره، همراه با حفظ ارتباط با زمان حال، می‌تواند به کاهش اجتناب و تمایز میان خطر گذشته و امنیت نسبی کنونی کمک کند.

مرور نظام‌مند و فراتحلیل پژوهش‌های مربوط به مواجهه‌درمانی روایتی در پناهندگان و پناهجویان نشان داده است که این درمان می‌تواند پیامدهای مرتبط با تروما را کاهش دهد و سازگاری فرهنگی آن یکی از عوامل مهم در پذیرش و اثربخشی درمان است (Wright et al., 2020). همچنین اجرای گروهی مواجهه‌درمانی روایتی در میان زنان آواره داخلی در اتیوپی با کاهش نشانه‌های پس از سانحه همراه بوده است، هرچند نبود گروه کنترل و محدودیت حجم نمونه ضرورت مطالعات کنترل‌شده‌تر را نشان می‌دهد (Zelege et al., 2025). مواجهه‌درمانی روایتی می‌تواند برای زنان پناهنده افغان مناسب باشد؛ زیرا بسیاری از آنان با مجموعه‌ای از تروماهای متوالی و نه یک رویداد منفرد روبه‌رو بوده‌اند و نیاز دارند تجربه‌های پراکنده جنگ، فقدان، مهاجرت و فشارهای پس از مهاجرت را در یک روایت زندگی منسجم ادغام کنند.

برنامه‌های تروما‌محور در جمعیت افغان نیز نتایج اولیه امیدوارکننده‌ای نشان داده‌اند. ارزیابی مداخله METRA+ در نوجوانان پناهنده افغان در پاکستان نشان داد که مداخله سازگار با فرهنگ می‌تواند سلامت روان و عملکرد اجتماعی را بهبود بخشد و از قابلیت اجرای برنامه‌های ساختاریافته در این جمعیت حمایت کند (Ahmadi et al., 2026). همچنین اجرای یک برنامه روان‌شناختی گروهی متمرکز بر تروما برای کودکان و نوجوانان پس از حمله تروریستی به مدرسه‌ای در افغانستان با بهبود نشانه‌های روان‌شناختی همراه بود (Amiri et al., 2026). اگرچه این مطالعات بر گروه‌های سنی متفاوت تمرکز داشته‌اند، نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که مداخلات تروما‌محور، در صورت سازگاری با زبان، فرهنگ و شرایط اجتماعی جامعه افغان، ظرفیت بالینی قابل‌توجهی دارند.

در کنار مواجهه‌درمانی روایتی، سایکودرام نیز می‌تواند رویکردی مناسب برای پردازش تجربه‌های آسیب‌زا باشد. سایکودرام روشی فعال، تجربه‌محور و غالباً گروهی است که در آن مراجع به جای محدود شدن به توصیف کلامی، تجربه‌ها، نقش‌ها، تعارض‌ها و روابط مهم خود را در قالب صحنه بازآفرینی می‌کند. فنونی مانند ایفای نقش، جابه‌جایی نقش، آینه‌سازی، مضاعف‌سازی و صندلی خالی به فرد امکان می‌دهند که تجربه خود را از دیدگاه‌های مختلف مشاهده و پاسخ‌های تازه‌ای را تمرین کند. در درمان اختلالات مرتبط با تروما، سایکودرام می‌تواند از طریق فعال‌سازی هیجانی کنترل‌شده، بازسازی نقش‌های آسیب‌دیده، اصلاح روابط درونی‌شده و تجربه حمایت گروهی به کاهش پیامدهای تروما کمک کند (Krüger, 2024).

برای زنان پناهنده افغان، سایکودرام ممکن است از چند جهت سودمند باشد. نخست آنکه برخی تجربه‌های آسیب‌زا به دلیل شرم، ترس یا محدودیت‌های فرهنگی به‌سادگی در گفت‌وگوی مستقیم بیان نمی‌شوند و بازنمایی نمادین می‌تواند مسیر امن‌تری برای ابراز آن‌ها فراهم کند. دوم آنکه گروه می‌تواند تجربه انزوا و بی‌صدایی را کاهش دهد و احساس همدلی و اشتراک تجربه را تقویت کند. سوم آنکه جابه‌جایی نقش و بازسازی صحنه می‌تواند به زنانی که خود را در نقش قربانی، فرد گناهکار یا فرد بی‌قدرت تثبیت کرده‌اند کمک کند تا نقش‌های

توانمندتر و روایت‌های جایگزین را تجربه کنند. بدین ترتیب، سایکودرام می‌تواند از طریق اصلاح نقش‌ها و روابط بین‌فردی بر افکار منفی درباره خود، دیگران و جهان اثر بگذارد.

با وجود تفاوت‌های نظری، مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام هر دو به بازپردازش تجربه تروما می‌پردازند. مواجهه‌درمانی روایتی بیشتر بر سازمان‌دهی حافظه، ساخت روایت منسجم و کاهش اجتناب از خاطره تمرکز دارد، در حالی که سایکودرام بر تجربه هیجانی، روابط، نقش‌ها و بازآفرینی صحنه تأکید می‌کند. این تفاوت می‌تواند به مسیرهای متفاوت تغییر در شناخت‌های منفی منجر شود. مواجهه‌درمانی روایتی ممکن است از طریق قرار دادن خاطرات در بافت زمانی، اصلاح ارزیابی تهدید و کاهش گسستگی حافظه عمل کند، در حالی که سایکودرام می‌تواند از طریق تجربه اصلاحی، بازسازی نقش قربانی و افزایش عاملیت مؤثر باشد. شواهد مربوط به سایر درمان‌های تروما نیز نشان می‌دهد که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب تجربه‌ای از سازوکارهای مهم بهبود اختلال استرس پس از سانحه‌اند (Dar & Hasan, 2026)؛ بنابراین، هر دو مداخله ممکن است از مسیرهای متفاوت به کاهش افکار منفی کمک کنند. با وجود افزایش توجه به سلامت روان پناهندگان، پژوهش‌های مقایسه‌ای درباره مداخلات ویژه زنان پناهنده افغان همچنان محدود است. بخش قابل‌توجهی از مطالعات موجود بر کودکان، نوجوانان، گروه‌های مختلط یا پیامد کلی نشانه‌های استرس پس از سانحه متمرکز شده‌اند و افکار منفی مرتبط با تروما کمتر به‌عنوان یک پیامد شناختی مستقل بررسی شده است. همچنین شواهد مستقیم اندکی درباره مقایسه مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام در این جمعیت وجود دارد. این خلأ از آن جهت مهم است که افکار منفی درباره خود، جهان و مسئولیت شخصی می‌توانند حتی پس از کاهش برخی نشانه‌های هیجانی باقی بمانند و مانع بازیابی اعتماد، عاملیت و سازگاری اجتماعی شوند. مقایسه مستقیم این دو رویکرد می‌تواند مشخص کند که یک درمان روایت‌محور فردی و یک درمان تجربه‌محور گروهی تا چه اندازه در اصلاح شناخت‌های منفی مؤثرند و کدام یک می‌تواند برای خدمات روان‌شناختی زنان پناهنده افغان مناسب‌تر باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام بر کاهش افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان بود.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان افغانستانی ۱۸ سال و بالاتر ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. شرکت‌کنندگان از میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و سازمان‌های مردم‌نهاد ارائه‌دهنده خدمات حمایتی به مهاجران و نیز از طریق انتشار فراخوان عمومی در شبکه‌های اجتماعی اینستاگرام و تلگرام انتخاب شدند. برای افزایش دسترسی به جامعه هدف، مطالب و ویدئوهای آموزشی کوتاهی درباره تروما و پیامدهای روان‌شناختی آن تهیه و از طریق صفحات اجتماعی مورد اقبال شهروندان افغانستانی، فعالان اجتماعی و اینفلوئنسرهای افغانستانی بازنشر شد. پس از اعلام آمادگی داوطلبان، پرسشنامه‌های غربالگری اولیه در اختیار آنان قرار گرفت و پاسخ‌ها از نظر کامل بودن، تجربه رویدادهای آسیب‌زا و انطباق با معیارهای ورود بررسی شد. سپس افراد واجد شرایط اولیه در یک مصاحبه بالینی کوتاه شرکت کردند تا تجربه رویداد آسیب‌زا، وضعیت عمومی روان‌شناختی و امکان مشارکت ایمن و مستمر آنان در جلسات درمانی ارزیابی شود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، برخورداری از تابعیت افغانستانی، سکونت در ایران، گزارش تجربه دست‌کم یک رویداد آسیب‌زا در طول زندگی، تمایل به شرکت در پژوهش و توانایی حضور منظم در جلسات بود. مصرف فعال مواد مخدر یا الکل، ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا سایر اختلالات شدید روان‌پزشکی، وجود مشکلات عصبی جدی مؤثر بر مشارکت در درمان، غیبت مکرر در جلسات و انصراف از ادامه همکاری به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته



شد. در نهایت، ۶۰ زن واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از اختصاص کد عددی، با استفاده از روش قرعه‌کشی به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری شامل گروه مواجهه‌درمانی روایتی، گروه سایکودرام و گروه کنترل جایگزین شدند. پیش از آغاز مداخلات، هر سه گروه ابزارهای پژوهش را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه مواجهه‌درمانی روایتی مداخله را به‌صورت فردی و گروه سایکودرام مداخله را به‌صورت گروهی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، همان ابزارها مجدداً در مرحله پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شدند تا تغییرات افکار منفی مرتبط با تروما ارزیابی و مقایسه شود.

برای غربالگری تجربه رویدادهای آسیب‌زا و سنجش متغیر اصلی پژوهش از چک‌لیست رویدادهای زندگی و پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه استفاده شد. چک‌لیست رویدادهای زندگی توسط گری و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است و میزان مواجهه افراد با رویدادهای بالقوه آسیب‌زا را بر اساس معیار تشخیصی A اختلال استرس پس از سانحه ارزیابی می‌کند. این ابزار شامل ۱۷ رویداد آسیب‌زای احتمالی است و پاسخ‌دهنده مشخص می‌کند که هر رویداد را به‌صورت مستقیم تجربه کرده، شاهد وقوع آن برای دیگری بوده، از وقوع آن برای فردی نزدیک آگاه شده، درباره ارتباط خود با آن مطمئن نیست یا آن را تجربه نکرده است. در مطالعه گری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰.۸۷، ضریب پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای ۰.۸۲ و ضریب کاپا برای بیشتر گویه‌ها بالاتر از ۰.۵۰ گزارش شد. در نسخه فارسی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۶ و پایایی بازآزمایی سه‌هفته‌ای ۰.۸۵ به دست آمده است. برای اندازه‌گیری افکار منفی مرتبط با تروما از پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه استفاده شد که فوا، اهلرز، کلارک، تولین و اورسیلو در سال ۱۹۹۹ آن را تدوین کردند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۳ گویه‌ای است که شناخت‌ها و باورهای منفی پس از تروما را در سه مؤلفه باورهای منفی درباره خود با ۲۱ گویه، باورهای منفی درباره جهان با ۷ گویه و خودسرزنشی با ۵ گویه می‌سنجد. گویه‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ به معنای «کاملاً مخالفم» تا ۷ به معنای «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر شناخت‌ها و باورهای منفی مرتبط با تروما هستند. پایایی درونی خرده‌مقیاس باورهای منفی درباره خود با ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۵ و خرده‌مقیاس باورهای منفی درباره جهان با ضریب ۰.۹۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است.

مواجهه‌درمانی روایتی به‌صورت فردی و در قالب ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای در دفتر درمانگر اجرا شد. در جلسه نخست، بر آشنایی درمانگر و شرکت‌کننده، ایجاد ائتلاف درمانی، معرفی ساختار و اهداف درمان، توضیح محرمانگی، تنظیم انتظارات و ارزیابی آمادگی هیجانی برای کار با خاطرات آسیب‌زا تمرکز شد. جلسه دوم به روان‌آموزی درباره تروما، طبعی‌سازی واکنش‌های روانی و جسمانی پس از آن، تبیین ارتباط میان خاطرات آسیب‌زا و افکار منفی و آموزش تمرین‌های تنفسی و تکنیک‌های اتصال به زمان حال اختصاص یافت. در جلسه سوم، خط زمانی زندگی شرکت‌کننده با شناسایی و نمادگذاری رویدادهای مثبت، منفی و آسیب‌زا ترسیم و نقاط عطف زندگی مشخص شد. در جلسه چهارم، روایت زندگی از دوره‌های اولیه آغاز شد و ارتباط میان رویدادهای مهم، هیجان‌ها و افکار کنونی با استفاده از روایت‌پردازی، مواجهه کلامی و بازتاب هیجانی بررسی شد. جلسه پنجم بر بازگویی دقیق ابعاد شناختی، هیجانی، جسمانی و حسی نخستین خاطرات آسیب‌زا، کاهش اجتناب از یادآوری و تنظیم برانگیختگی متمرکز بود. در جلسه ششم، خاطرات آسیب‌زا در خط زندگی جای‌گذاری شدند و با استفاده از انسجام‌بخشی به روایت، بازسازی شناختی و تمایزگذاری میان گذشته و حال، برداشته‌های تهدیدآمیز مورد بازنگری قرار گرفتند. در جلسه هفتم، باورهای منفی درباره خود، دیگران و جهان و نقش آن‌ها در تداوم شرم، احساس گناه، خودسرزنشی و نایمنی شناسایی شدند و از گفت‌وگوی سقراطی و بازپردازش معنا برای اصلاح آن‌ها استفاده شد. جلسه هشتم به برجسته‌سازی مقاومت‌ها، منابع حمایتی، ارزش‌های فردی و تجربه‌های مثبت، بازسازی روایت جایگزین، تمرین خودشفقتی و تقویت منابع تاب‌آوری اختصاص یافت. در جلسه نهم، بخش‌های مختلف



روایت زندگی یکپارچه و بازخوانی شدند و بر انسجام حافظه، پیوستگی هویتی و تثبیت تغییرات شناختی تأکید شد. در جلسه پایانی، دستاوردهای درمان مرور، محرک‌های احتمالی شناسایی، مهارت‌های آموخته‌شده تثبیت و برنامه‌ای برای خودمراقبتی، مدیریت موقعیت‌های دشوار و پیشگیری از عود تدوین شد.

مداخله سایکودرام به صورت گروهی و در قالب ۱۰ جلسه هفتگی حدود ۹۰ دقیقه‌ای در فضایی مناسب برای فعالیت‌های نمایشی و گروهی اجرا شد. در جلسه نخست، اعضا با یکدیگر آشنا شدند و با استفاده از گرم کردن گروهی، تمرین‌های اعتماد، معرفی نقش‌ها و تدوین قرارداد گروهی، چارچوبی امن و محرمانه برای کار هیجانی شکل گرفت. جلسه دوم به روان‌آموزی درباره تأثیر تروما بر بدن، هیجان، افکار و روابط، افزایش آگاهی بدنی و هیجانی و آموزش تنفس و تکنیک‌های اتصال به زمان حال اختصاص یافت. در جلسه سوم، نقش‌های شکل گرفته پس از تروما، از جمله قربانی، بازمانده، مراقب، فرد گناهکار یا فرد بی‌قدرت، شناسایی شدند و افکار منفی مرتبط با هر نقش از طریق ترسیم نقشه نقش و گفت‌وگوی گروهی بررسی شد. در جلسه چهارم، موقعیت‌های آسیب‌زا یا صحنه‌های مرتبط با افکار منفی در فضایی کنترل شده بازنمایی شدند و اعضا با استفاده از صحنه‌سازی، ایفای نقش، انتخاب یاور و بازتاب هیجانی به پردازش تجربه‌های خود پرداختند. جلسه پنجم بر شرم، احساس گناه، خودسرزنی، بی‌ارزشی و افکار منفی درباره خود متمرکز بود و فونونی مانند صندلی خالی، گفت‌وگوی نمادین، آینه‌سازی و بازسازی نقش به کار رفت. در جلسه ششم، اعضا از طریق جابه‌جایی نقش، مضاعف‌سازی، آینه و گفت‌وگوی هدایت‌شده تجربه خود را از دیدگاه‌های متفاوت مشاهده کردند و تحریف‌های شناختی مرتبط با تروما مورد بازنگری قرار گرفت. جلسه هفتم به خروج از نقش قربانی منفعل و بازیابی احساس عاملیت، کنترل، توانمندی و حق انتخاب اختصاص یافت و اعضا پاسخ‌های جدید و نقش‌های جایگزین توانمند را تمرین کردند. در جلسه هشتم، بی‌اعتمادی، احساس ناایمنی و مشکلات ارتباطی پس از تروما بررسی شد و با نقش‌گذاری ارتباطی، تمرین اعتماد، گفت‌وگوی بین‌فردی و بازنمایی روابط ایمن، الگوهای ارتباطی جدید تمرین شدند. در جلسه نهم، تجربه‌های پردازش‌شده از طریق اشتراک روایت، بازتاب جمعی و معناپردازی یکپارچه شدند و اعضا معنای تازه‌ای از تجربه‌های آسیب‌زای خود ساختند. در جلسه دهم، تغییرات شناختی و هیجانی مرور و تثبیت شدند، نقش‌های جدید مورد تأکید قرار گرفتند و برای مواجهه با محرک‌های آینده، خودمراقبتی و پیشگیری از عود برنامه‌ریزی شد؛ سپس فرایند درمان با اجرای آیین پایان گروه خاتمه یافت.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و JASP نسخه ۰.۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات افکار منفی مرتبط با تروما در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به منظور بررسی همگنی سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی طبقه‌ای از آزمون خی‌دو استفاده شد. برای مقایسه نمرات پس‌آزمون افکار منفی مرتبط با تروما در گروه‌های مواجهه‌درمانی روایتی، سایکودرام و کنترل، ضمن کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس انجام گرفت. پس از مشاهده اثر معنادار گروه، برای تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی با تعدیل بونفرونی استفاده شد. اندازه اثر مداخله با استفاده از مجذور اتا گزارش شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که توزیع سطح تحصیلات، سن، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال در سه گروه سایکودرام، مواجهه‌درمانی روایتی و کنترل نسبتاً مشابه بود. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که سه گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند، $\chi^2(8) = 0.96$ و $p = 0.99$. همچنین تفاوت میان گروه‌ها از نظر رده سنی، $\chi^2(4) = 1.97$ و $p = 0.74$ ، وضعیت تأهل، $\chi^2(2) = 0.74$



و $p=0.69$ ، و وضعیت اشتغال، $\chi^2(4)=10.3$ و $p=0.91$ ، از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، گروه‌های پژوهش در آغاز مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی همگن بودند و تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیر وابسته را نمی‌توان به تفاوت اولیه گروه‌ها در این ویژگی‌ها نسبت داد.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی افکار منفی مرتبط با تروما به تفکیک گروه و مرحله اندازه‌گیری

مرحله	گروه	حجم نمونه	میانه	میانگین	انحراف معیار	دامنه بین چارکی
پیش‌آزمون	سایکودرام	۱۶	۱۴۴.۰۰	۱۴۴.۳۱۳	۲.۷۲۶	۳.۲۵
پیش‌آزمون	مواجهه‌درمانی روایتی	۱۴	۱۴۵.۰۰	۱۴۴.۹۲۹	۲.۴۹۵	۲.۰۰
پیش‌آزمون	گروه کنترل	۱۷	۱۴۶.۰۰	۱۴۵.۴۱۲	۲.۳۹۹	۳.۰۰
پس‌آزمون	سایکودرام	۱۶	۱۴۴.۰۰	۱۴۳.۸۱۳	۲.۱۹۸	۲.۲۵
پس‌آزمون	مواجهه‌درمانی روایتی	۱۴	۱۳۸.۵۰	۱۳۹.۰۷۱	۲.۵۵۶	۴.۵۰
پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۷	۱۴۵.۰۰	۱۴۴.۵۸۸	۲.۵۷۵	۳.۰۰
پیگیری	سایکودرام	۱۶	۱۴۳.۰۰	۱۴۳.۴۳۸	۲.۴۷۶	۳.۲۵
پیگیری	مواجهه‌درمانی روایتی	۱۴	۱۳۸.۰۰	۱۳۸.۴۲۹	۲.۲۷۷	۱.۷۵
پیگیری	گروه کنترل	۱۷	۱۴۵.۰۰	۱۴۵.۱۷۶	۲.۶۵۱	۳.۰۰

مطابق نتایج جدول ۱، میانگین نمرات افکار منفی مرتبط با تروما در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های سایکودرام، مواجهه‌درمانی روایتی و کنترل به ترتیب برابر با ۱۴۴.۳۱۳، ۱۴۴.۹۲۹ و ۱۴۵.۴۱۲ بود که نشان‌دهنده نزدیکی نمرات اولیه سه گروه است. در مرحله پس‌آزمون، میانگین این متغیر در گروه سایکودرام به ۱۴۳.۸۱۳ و در گروه مواجهه‌درمانی روایتی به ۱۳۹.۰۷۱ کاهش یافت، در حالی که میانگین گروه کنترل برابر با ۱۴۴.۵۸۸ بود. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات گروه مواجهه‌درمانی روایتی به ۱۳۸.۴۲۹ رسید و پایین‌تر از گروه سایکودرام با میانگین ۱۴۳.۴۳۸ و گروه کنترل با میانگین ۱۴۵.۱۷۶ باقی ماند. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که بیشترین کاهش افکار منفی مرتبط با تروما در گروه مواجهه‌درمانی روایتی رخ داده است. در گروه سایکودرام نیز کاهش محدودی مشاهده شد، در حالی که نمرات گروه کنترل در مراحل مختلف تغییر چشمگیری نداشت.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، رعایت مفروضه‌های لازم شامل استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع نمرات و باقیمانده‌ها، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه میان متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته، همگنی شیب‌های رگرسیون و نبود داده‌های پرت تأثیرگذار باید بررسی شود. با این حال، در داده‌های ارائه‌شده آماره‌ها و مقادیر احتمال مربوط به آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون و همگنی شیب‌های رگرسیون گزارش نشده است؛ از این رو، گزارش عددی این مفروضه‌ها بدون دسترسی به خروجی‌های آماری امکان‌پذیر نیست. نتایج تحلیل کوواریانس زیر بر مبنای خروجی‌های ارائه‌شده گزارش شده است و لازم است در نسخه نهایی مقاله، آماره‌های دقیق آزمون مفروضه‌ها از خروجی نرم‌افزار استخراج و به این بخش افزوده شوند.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس افکار منفی مرتبط با تروما

نوع اثر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
---------	--------------	---------------	------------	-----------------	---	---	------------



درون‌گروهی	زمان	۰.۱۵۵	۱	۰.۱۵۵	۰.۰۲۱	۰.۸۸۵	۰.۰۰۰۴۸
درون‌گروهی	زمان × پیش‌آزمون	۰.۱۴۶	۱	۰.۱۴۶	۰.۰۲۰	۰.۸۸۹	۰.۰۰۰۴۵
درون‌گروهی	زمان × گروه	۶.۳۲۱	۲	۳.۱۶۰	۰.۴۲۸	۰.۶۵۴	۰.۰۲۰
بین‌گروهی	پیش‌آزمون	۷.۴۴۹	۱	۷.۴۴۹	۱.۵۲۳	۰.۲۲۴	۰.۰۳۴
بین‌گروهی	گروه	۶۲۹.۲۷۱	۲	۳۱۴.۶۳۵	۶۴.۳۲۴	<۰.۰۰۱	۰.۷۴۹

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی زمان بر افکار منفی مرتبط با تروما معنادار نبود، $F=۰.۰۲۱$ ، $p=۰.۸۸۵$ ، $\eta^2=۰.۰۰۰۴۸$. تعامل زمان و نمرات پیش‌آزمون نیز معنادار نبود، $F=۰.۰۲۰$ ، $p=۰.۸۸۹$ ، $\eta^2=۰.۰۰۰۴۵$. افزون بر این، تعامل زمان و گروه از نظر آماری معنادار نشد، $F=۰.۴۲۸$ ، $p=۰.۶۵۴$ و $\eta^2=۰.۰۲۰$ ؛ بنابراین، بر اساس این بخش از تحلیل، الگوی تغییرات نمرات در طول زمان تفاوت معناداری میان گروه‌ها نشان نداد. در بررسی اثرات بین‌گروهی، اثر نمرات پیش‌آزمون بر افکار منفی مرتبط با تروما معنادار نبود، $F=۱.۵۲۳$ ، $p=۰.۲۲۴$ و $\eta^2=۰.۰۳۴$. باین‌حال، اثر اصلی گروه معنادار بود، $F=۶۴.۳۲۴$ ، $p<۰.۰۰۱$ و $\eta^2=۰.۷۴۹$. اندازه اثر ۰.۷۴۹ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بخش قابل توجهی از واریانس نمرات افکار منفی مرتبط با تروما با عضویت در گروه‌های پژوهش ارتباط داشته است. برای تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها، مقایسه‌های زوجی با تعدیل بونفرونی انجام شد.

جدول ۳

نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی برای افکار منفی مرتبط با تروما

گروه اول	گروه دوم	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
سایکودرام	مواجهه‌درمانی روایتی	۴.۸۰۵	۰.۵۷۵	<۰.۰۰۱
سایکودرام	گروه کنترل	-۱.۳۸۳	۰.۵۵۴	۰.۰۴۹
مواجهه‌درمانی روایتی	گروه کنترل	-۶.۱۸۸	۰.۵۶۶	<۰.۰۰۱

نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که تفاوت میان گروه سایکودرام و گروه مواجهه‌درمانی روایتی معنادار بود، $MD=۴.۸۰۵$ ، $SE=۰.۵۷۵$ و $p<۰.۰۰۱$. مثبت بودن اختلاف میانگین در مقایسه سایکودرام با مواجهه‌درمانی روایتی نشان می‌دهد که نمرات تعدیل‌شده افکار منفی مرتبط با تروما در گروه سایکودرام بالاتر بود و مواجهه‌درمانی روایتی کاهش بیشتری در این متغیر ایجاد کرد. تفاوت میان گروه سایکودرام و گروه کنترل نیز معنادار بود، $MD=-۱.۳۸۳$ ، $SE=۰.۵۵۴$ و $p=۰.۰۴۹$ ؛ بنابراین، سایکودرام در مقایسه با عدم دریافت مداخله موجب کاهش معنادار افکار منفی مرتبط با تروما شد. همچنین تفاوت میان گروه مواجهه‌درمانی روایتی و گروه کنترل معنادار بود، $MD=-۶.۱۸۸$ ، $SE=۰.۵۶۶$ و $p<۰.۰۰۱$ ، و جهت اختلاف میانگین نشان داد که نمرات گروه مواجهه‌درمانی روایتی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود. در مجموع، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بودند، اما مواجهه‌درمانی روایتی در مقایسه با سایکودرام اثربخشی بیشتری در کاهش افکار منفی مرتبط با تروما نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام بر افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان بود. نتایج نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر افکار منفی مرتبط با تروما معنادار بود و اندازه اثر به‌دست‌آمده نیز در سطح



بزرگی قرار داشت. نتایج مقایسه‌های زوجی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل با کاهش معنادار افکار منفی مرتبط با تروما همراه بودند، اما میزان کاهش در گروه مواجهه‌درمانی روایتی به‌طور معناداری بیشتر از گروه سایکودرام بود. بر اساس میانگین‌های توصیفی نیز نمرات افکار منفی در گروه مواجهه‌درمانی روایتی از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری کاهش بیشتری نشان داد، در حالی که در گروه سایکودرام کاهش محدودتری مشاهده شد و نمرات گروه کنترل تقریباً ثابت باقی ماند. در عین حال، اثر زمان و تعامل زمان و گروه معنادار نبود؛ از این رو، تفسیر یافته‌ها باید عمدتاً بر تفاوت تعدیل‌شده میان گروه‌ها و نتایج مقایسه‌های زوجی استوار باشد و درباره تفاوت در الگوی تغییرات زمانی با احتیاط صورت گیرد.

یافته اصلی پژوهش مبنی بر کاهش افکار منفی مرتبط با تروما در اثر مواجهه‌درمانی روایتی را می‌توان با ماهیت ساختاریافته و تروما‌محور این درمان توضیح داد. در افراد دارای تجربه‌های آسیب‌زای متعدد، خاطرات تروماتیک ممکن است به‌صورت بخش‌های پراکنده، گسسته و سرشار از احساس خطر در حافظه باقی بمانند. چنین خاطراتی غالباً بدون جای‌گیری روشن در زمان و مکان، به شکل تصاویر ناخواسته، احساس‌های بدنی، هیجان‌های شدید و باورهای منفی فعال می‌شوند. مواجهه‌درمانی روایتی با سازمان‌دهی رویدادهای زندگی در یک خط زمانی منسجم و قرار دادن خاطرات آسیب‌زا در بافت گذشته، به فرد کمک می‌کند میان «رویدادی که در گذشته رخ داده است» و «تهدیدی که اکنون ادامه دارد» تمایز ایجاد کند. این فرایند می‌تواند باورهایی مانند ناامن بودن دائمی جهان، ناتوانی مطلق فرد، غیرقابل اعتماد بودن دیگران و فقدان هرگونه آینده را تعدیل کند. اثربخشی این رویکرد در جمعیت‌های پناهنده و پناهجو با نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل مواجهه‌درمانی روایتی همسو است که نشان داد این درمان، به‌ویژه هنگامی که با زبان و فرهنگ جامعه هدف سازگار شود، می‌تواند پیامدهای مرتبط با تروما را کاهش دهد (Wright et al., 2020).

نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش Zeleke و همکاران نیز همخوان است که اجرای مواجهه‌درمانی روایتی گروهی را در میان زنان آواره داخلی با کاهش نشانه‌های پس از سانحه همراه دانستند (Zeleke et al., 2025). اگرچه مطالعه آنان فاقد گروه کنترل بود و پیامد اصلی آن با متغیر پژوهش حاضر یکسان نبود، هر دو مطالعه از ظرفیت روایت‌پردازی ساختاریافته برای پردازش تجربه‌های چندگانه آسیب‌زا حمایت می‌کنند. زنان پناهنده افغان غالباً تنها با یک رویداد منفرد مواجه نشده‌اند، بلکه ممکن است مجموعه‌ای از جنگ، فقدان، خشونت، جدایی، مهاجرت اجباری، فقر و ناامنی پس از مهاجرت را تجربه کرده باشند. در چنین شرایطی، درمانی که همه این تجربه‌ها را در یک روایت پیوسته قرار دهد، می‌تواند به اصلاح معنای شخصی تروما و کاهش شناخت‌های منفی کمک کند. بررسی ابعاد جنسیتی تروما در پناهندگان افغان نیز نشان داده است که تجربه آسیب در این جمعیت در تقاطع عوامل فردی، خانوادگی، جمعی و پس از مهاجرت شکل می‌گیرد (Kim et al., 2026). بنابراین، مواجهه‌درمانی روایتی از این جهت مناسب است که می‌تواند رویدادهای متعدد زندگی را در یک ساختار معنادار یکپارچه کند.

کاهش افکار منفی در گروه مواجهه‌درمانی روایتی را می‌توان همچنین از منظر کاهش اجتناب شناختی و هیجانی تبیین کرد. افراد آسیب‌دیده ممکن است برای کنترل اضطراب و هیجان‌های شدید از یادآوری تجربه‌ها خودداری کنند، اما این اجتناب مانع بازپردازش خاطرات و اصلاح باورهای ناکارآمد می‌شود. در مواجهه‌درمانی روایتی، یادآوری خاطرات به‌صورت تدریجی، کنترل‌شده و در حضور درمانگر انجام می‌شود و فرد فرصت می‌یابد افکار، احساس‌ها، تصاویر و واکنش‌های بدنی خود را بدون قطع روایت تجربه کند. تکرار این فرایند می‌تواند به کاهش شدت هیجانی خاطره و شکل‌گیری ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر منجر شود. این تبیین با شواهد مربوط به نقش اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان استرس پس از سانحه همسو است؛ به‌طوری‌که درمان‌هایی که پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب را تقویت می‌کنند، می‌توانند در بهبود نشانه‌های تروما مؤثر باشند (Dar & Hasan, 2026).

افکار منفی مرتبط با تروما معمولاً در قالب باورهای منفی درباره خود، جهان و مسئولیت فرد برای وقوع رویداد ظاهر می‌شوند. این شناخت‌ها با هیجان‌های خودآگاه منفی، به‌ویژه شرم و احساس گناه، ارتباط نزدیکی دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج Badour و همکاران همسو است که نشان دادند آمادگی برای تجربه شرم، شناخت‌های منفی و نشانه‌های استرس پس از سانحه در زنان دارای سابقه تروما با یکدیگر ارتباط دارند (Badour et al., 2020). مواجهه‌درمانی روایتی می‌تواند از طریق بازنگری در موقعیت رویداد، محدودیت‌های فرد در زمان وقوع حادثه و عوامل خارج از کنترل او، خودسرزنشی را کاهش دهد. برای مثال، زنی که خود را مسئول فقدان اعضای خانواده یا ناتوانی در جلوگیری از خشونت می‌داند، در جریان بازسازی روایت ممکن است دریابد که تصمیم‌ها و امکانات او تحت شرایط جنگ، تهدید یا اجبار بسیار محدود بوده‌اند. چنین بازنگری‌ای می‌تواند احساس گناه غیرواقع‌بینانه را کاهش دهد و تصویر منفی فرد از خود را تعدیل کند.

افزون بر این، کاهش افکار منفی ممکن است با کاهش نشخوار فکری مرتبط باشد. نشخوار درباره چرایی رویداد، تقصیر شخصی، امکان جلوگیری از حادثه و پیامدهای دائمی آن می‌تواند شناخت‌های منفی را تثبیت کند. Brown و همکاران نشان دادند که نشخوار فکری در زنان بازمانده تروماهای بین‌فردی، رابطه میان عاطفه منفی و نشانه‌های استرس پس از سانحه را میانجی‌گری می‌کند (Brown et al., 2021). روایت‌پردازی سازمان‌یافته برخلاف نشخوار فکری بی‌پایان، تجربه را در یک ساختار زمانی و معنایی مشخص قرار می‌دهد. در نشخوار، فرد بارها به بخش‌هایی از حادثه بازمی‌گردد، بدون آنکه به معنای تازه‌ای دست یابد؛ اما در مواجهه‌درمانی روایتی، بازگویی خاطره با هدایت درمانگر، تمایز گذشته و حال و بازسازی شناختی همراه است. بنابراین، این درمان می‌تواند چرخه تکراری افکار منفی را به پردازشی هدفمند و منسجم تبدیل کند.

یافته مربوط به اثربخشی سایکودرام در مقایسه با گروه کنترل نیز از نظر نظری قابل تبیین است. سایکودرام به شرکت‌کنندگان امکان می‌دهد تجربه‌های آسیب‌زا، نقش‌های تثبیت‌شده و تعارض‌های درونی خود را در فضایی ایمن و نمادین بازآفرینی کنند. فنونی مانند ایفای نقش، جابجایی نقش، آینه‌سازی و صندلی خالی می‌توانند به فرد کمک کنند که تجربه خود را از دیدگاهی متفاوت ببیند، پاسخ‌های تازه‌ای را تمرین کند و نقش‌های محدودکننده‌ای مانند قربانی ناتوان یا فرد مقصر را مورد بازنگری قرار دهد. Krüger بیان می‌کند که سایکودرام در درمان اختلالات مرتبط با تروما از طریق فعال‌سازی هیجان، بازسازی نقش‌ها و پردازش بین‌فردی عمل می‌کند (Krüger, 2024). این سازوکارها می‌توانند به کاهش خودسرزنشی، بی‌اعتمادی و ادراک ناتوانی منجر شوند و در نتیجه افکار منفی مرتبط با تروما را کاهش دهند.

فضای گروهی سایکودرام نیز می‌تواند نقش درمانی داشته باشد. بسیاری از زنان پناهنده ممکن است تجربه‌های خود را برای مدت طولانی پنهان کرده باشند و با احساس انزوا، شرم و بی‌صدایی زندگی کنند. مشاهده تجربه‌های مشابه در دیگران و دریافت بازخورد حمایتی می‌تواند احساس متفاوت و تنها بودن را کاهش دهد. یافته‌های مربوط به تجربه پناهندگان در برنامه‌های جامعه‌محور تروما‌آگاه نشان داده‌اند که بهبودی از دیدگاه آنان تنها کاهش نشانه‌ها نیست، بلکه احساس تعلق، دیده‌شدن، ارتباط اجتماعی و بازیابی عاملیت را نیز شامل می‌شود (Appiah et al., 2026). سایکودرام به دلیل ماهیت گروهی و مشارکتی خود می‌تواند این ابعاد را تقویت کند، به‌ویژه برای زنانی که افکار منفی آنان با تجربه طرد، بی‌اعتمادی و از دست دادن نقش‌های اجتماعی پیوند خورده است.

با وجود اثربخشی سایکودرام، مواجهه‌درمانی روایتی در پژوهش حاضر نتایج قوی‌تری نشان داد. یکی از دلایل احتمالی این برتری آن است که متغیر وابسته پژوهش ماهیتی اساساً شناختی و مرتبط با معنای تروما داشت و مواجهه‌درمانی روایتی مستقیماً بر سازمان‌دهی خاطرات، اصلاح ارزیابی‌ها و بازسازی معنای رویداد تمرکز می‌کند. سایکودرام نیز بر شناخت‌ها اثر می‌گذارد، اما مسیر اصلی آن تجربه هیجانی، تعامل گروهی و تغییر نقش است. از این‌رو، ممکن است در تغییر افکار منفی مشخص درباره خود و جهان، درمانی که مستقیماً روایت و معنای تروما را هدف قرار می‌دهد، اثربخشی بیشتری داشته باشد. همچنین مواجهه‌درمانی روایتی در این مطالعه به‌صورت فردی اجرا شد؛ بنابراین



شرکت‌کنندگان فرصت داشتند در فضایی خصوصی، جزئیات تجربه‌های حساس را با سرعت متناسب با ظرفیت خود پردازش کنند. در مقابل، برخی زنان ممکن است در فضای گروهی به دلیل شرم، نگرانی درباره محرمانگی یا هنجارهای فرهنگی نتوانسته باشند همه ابعاد تجربه خود را مطرح کنند.

این تبیین با تأکید Ramos بر ضرورت توجه به امنیت، محرمانگی، جنسیت، نقش خانواده و موانع فرهنگی در طراحی درمان برای زنان آواره افغان همخوان است (Ramos, 2023). مداخلات در این جمعیت باید نه تنها از نظر محتوای درمانی، بلکه از نظر شیوه اجرا نیز با حساسیت‌های فرهنگی هماهنگ باشند. مرور مداخلات سازگار شده فرهنگی برای مهاجران و پناهندگان فارسی‌زبان نیز نشان داده است که انطباق زبان، مثال‌ها، شیوه ارتباط درمانگر و ساختار خدمات با فرهنگ مراجعان می‌تواند مشارکت و اثربخشی را افزایش دهد (Keshavarz- Akhlaghi et al., 2026). بنابراین، برتری مواجهه‌درمانی روایتی در پژوهش حاضر ممکن است علاوه بر سازوکار نظری، با امکان ایجاد رابطه فردی امن‌تر و پردازش محرمانه‌تر خاطرات مرتبط باشد.

اثربخشی هر دو مداخله با نتایج برنامه‌های روان‌شناختی متمرکز بر تروما در جمعیت افغان همسو است. مداخله METRA+ در نوجوانان پناهنده افغان با بهبود سلامت روان و عملکرد اجتماعی همراه بود و امکان اجرای برنامه‌های سازگار شده با فرهنگ در این جمعیت را نشان داد (Ahmadi et al., 2026). همچنین اجرای یک برنامه گروهی تروما محور پس از حمله تروریستی به مدرسه‌ای در افغانستان با کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان همراه بود (Amiri et al., 2026). هرچند گروه‌های هدف و ابزارهای سنجش این مطالعات با پژوهش حاضر متفاوت بودند، مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات ساختاریافته و تروما محور می‌توانند در جمعیت افغان قابل اجرا و سودمند باشند.

نتایج پژوهش حاضر را باید در بافت گسترده فشارهای پناهندگی تفسیر کرد. شواهد نشان می‌دهد که تجربه تروما در زنان پناهنده با جسمانی‌سازی، پریشانی روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (Jesuthasan et al., 2025). همچنین قرار گرفتن در معرض تجربه‌های نامطلوب و آسیب‌زا می‌تواند احتمال نشانه‌های استرس پس از سانحه را در جمعیت‌های پناهنده افزایش دهد (Abu Khudair et al., 2025). از سوی دیگر، وضعیت نامطمئن اقامت، مشکلات اجتماعی و تداوم فشارهای پس از مهاجرت ممکن است نتایج درمان را تحت تأثیر قرار دهند (Nahlén Bose & Diaz, 2025). بنابراین، کاهش شناخت‌های منفی با یک مداخله روان‌شناختی به معنای حذف همه عوامل آسیب‌زا نیست. درمان باید در کنار حمایت‌های اجتماعی، حقوقی، اقتصادی و خانوادگی ارائه شود تا تغییرات شناختی ایجاد شده امکان تداوم داشته باشند.

مطالعات مربوط به مقابله پناهندگان افغان نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، تعلق، روابط قابل اعتماد و شرایط محیطی بر سازگاری آنان در طول زمان تأثیر می‌گذارد (Lane et al., 2025). از این رو، مواجهه‌درمانی روایتی و سایکودرام می‌توانند بخشی از یک نظام خدمات جامع باشند، اما نباید جایگزین مداخلات اجتماعی و حمایتی شوند. مرور برنامه‌های سلامت روان در جمعیت‌های آسیب‌دیده از جنگ نیز بر اهمیت خدمات جامعه‌محور، قابل دسترس و متناسب با شرایط فرهنگی تأکید دارد (Abu-Ras et al., 2024). همچنین برنامه‌های حمایت روان‌شناختی برای جمعیت‌های متأثر از تعارض در افغانستان باید از نظر امکان‌پذیری، پذیرش و سازگاری فرهنگی مورد ارزیابی قرار گیرند (Schwartz et al., 2026).

یکی دیگر از جنبه‌های مهم در تفسیر یافته‌ها، توجه به منابع فرهنگی و معنوی زنان پناهنده است. اعمال دینی و معنویت می‌توانند به زنان مسلمان آسیب‌دیده از جنگ در معنا دادن به رنج، حفظ امید و کاهش پریشانی کمک کنند (Rutledge, 2025). همچنین تمرین‌های تأملی و ذهن‌آگاهانه ممکن است از طریق کاهش واکنش‌پذیری، بهبود تنظیم هیجان و افزایش پذیرش تجربه‌های درونی به بهبود پس از تروما

کمک کنند (Scafuto et al., 2025). هرچند این عناصر به‌طور مستقل در پژوهش حاضر بررسی نشدند، می‌توان انتظار داشت که ادغام سنجیده و غیراجباری منابع معنوی و مهارت‌های تنظیم هیجان در پروتکل‌های تروما محور، تناسب فرهنگی و اثرگذاری آن‌ها را افزایش دهد. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که افکار منفی مرتبط با تروما در زنان پناهنده افغان قابل تعدیل‌اند و مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته می‌توانند در کاهش آن‌ها نقش داشته باشند. مواجهه‌درمانی روایتی احتمالاً به دلیل تمرکز مستقیم بر بازسازی خط زندگی، مواجهه با خاطرات و اصلاح معنای تجربه، اثر بیشتری بر شناخت‌های منفی داشته است. سایکودرام نیز از طریق پردازش هیجانی، اصلاح نقش‌ها و حمایت گروهی نتایج معناداری ایجاد کرد. با این حال، عدم معناداری تعامل زمان و گروه ایجاب می‌کند که درباره تفاوت روند تغییرات در طول مراحل اندازه‌گیری با احتیاط سخن گفته شود و یافته اصلی بر تفاوت بین‌گروهی تعدیل‌شده و نتایج آزمون تعقیبی استوار باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید هنگام تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرند. نمونه پژوهش به زنان پناهنده افغان ساکن تهران محدود بود و به روش در دسترس انتخاب شد؛ بنابراین تعمیم یافته‌ها به زنان افغان ساکن سایر شهرها یا کشورها، مردان پناهنده و دیگر جمعیت‌های مهاجر باید با احتیاط انجام شود. ابزار اصلی پژوهش خودگزارشی بود و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر شرم، ملاحظات فرهنگی، تمایل به ارائه پاسخ اجتماعی مطلوب یا دشواری یادآوری تجربه‌های آسیب‌زا قرار گرفته باشند. مواجهه‌درمانی روایتی به‌صورت فردی و سایکودرام به‌صورت گروهی اجرا شد و در نتیجه نمی‌توان اثر نوع درمان را به‌طور کامل از اثر قالب اجرا تفکیک کرد. همچنین حجم نمونه نهایی در جدول‌های تحلیلی کمتر از تعداد اولیه تخصیص‌یافته بود و این ریزش ممکن است توان آماری و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرده باشد. افزون بر این، نبود اطلاعات کامل درباره نوع، شدت، تعداد و زمان وقوع رویدادهای آسیب‌زا و نیز دریافت سایر خدمات روان‌شناختی یا دارویی می‌تواند تفسیر تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان را دشوار سازد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، نمونه‌گیری چندمرکزی و تخصیص تصادفی دقیق‌تر انجام شوند و زنان پناهنده افغان ساکن شهرها و کشورهای مختلف را دربرگیرند. برای مقایسه منصفانه‌تر دو درمان، بهتر است هر دو مداخله در قالب‌های اجرایی مشابه، برای مثال هر دو به‌صورت فردی یا هر دو به‌صورت گروهی، اجرا شوند. استفاده از دوره‌های پیگیری بلندمدت سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند پایداری تغییرات را روشن کند. پیشنهاد می‌شود علاوه بر شناخت‌های منفی، پیامدهایی مانند نشانه‌های استرس پس از سانحه، شرم، احساس گناه، نشخوار فکری، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی نیز سنجیده شوند. انجام پژوهش‌های آمیخته و مصاحبه‌های کیفی با شرکت‌کنندگان می‌تواند درک عمیق‌تری از تجربه درمان، موانع فرهنگی، دلایل ریزش و سازوکارهای تغییر فراهم کند. همچنین بررسی نقش میانجی کاهش اجتناب، انسجام روایت، عاملیت و حمایت گروهی می‌تواند مشخص سازد هر مداخله از چه مسیری بر شناخت‌های منفی اثر می‌گذارد.

پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، سازمان‌های مردم‌نهاد و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان به مهاجران، مواجهه‌درمانی روایتی را به‌عنوان یک مداخله ساختاریافته برای زنانی که تجربه‌های متعدد تروما و افکار منفی شدید دارند در نظر بگیرند. سایکودرام نیز می‌تواند برای زنانی که با شرم، انزوای اجتماعی، نقش قربانی و مشکلات روابط بین‌فردی مواجه‌اند در قالب گروه‌های کوچک و ایمن به کار رود. درمانگران باید پیش از مداخله، وضعیت امنیت روانی، خطر خودآسیب‌رسانی، شدت نشانه‌ها و آمادگی هیجانی مراجعان را ارزیابی کنند و اصول محرمانگی را به‌ویژه در درمان گروهی به‌طور شفاف توضیح دهند. آموزش درمانگران فارسی‌زبان و آشنا با فرهنگ افغانستان، استفاده از زبان قابل فهم، توجه به باورهای دینی و خانوادگی و فراهم کردن خدمات حمایتی مکمل می‌تواند پذیرش درمان را افزایش دهد. همچنین لازم است برای



زنانی که با مشکلات اقامتی، اقتصادی یا خشونت خانوادگی روبه‌رو هستند، ارجاع هماهنگ به خدمات حقوقی، اجتماعی، پزشکی و حمایتی در کنار درمان روان‌شناختی فراهم شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

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

- Abu-Ras, W., Almoayad, F., Bakry, H. M., Alammari, D., Kelly, P. J., & Aboul-Enein, B. H. (2024). Interventions to Promote Mental Health in the Occupied Palestinian Territories and Palestinian Refugees: A Scoping Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(6), 1037-1054. <https://doi.org/10.1177/00207640241259995>
- Abu Khudair, S., Khader, Y., Al Kouri, O., Al Nsour, M., & Tanaka, E. (2025). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and Its Association with Adverse Childhood Experiences Among Refugee and Host-Community Children and Adolescents in Jordan. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 1648195. <https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1648195>
- Ahmadi, S. J., Musavi, Z., Farhat, M. W., Mehry, S., McAvoy, D., Berzengi, A., & Jobson, L. (2026). Evaluation of the METRA+ Intervention on Mental Health and Social Functioning in Afghan Refugee Adolescents in Pakistan: A Pilot Study. *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1), 2650894. <https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2650894>
- Amiri, M. A., Barron, I. G., & Andersson, G. (2026). Trauma-Focused Group-Based Psychological Program for Children and Adolescents Following a Terrorist Attack on a School in Afghanistan: An Uncontrolled Pre-Post Follow-Up Study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s40653-026-00911-5>
- Appiah, R. P., Mescouto, K., Karran, E. L., Aparnadas, A., Phuentsho, K., Cardozo, B., & Moseley, G. L. (2026). Beyond Symptom Reduction: A Qualitative Study of Refugees' Experiences of a Trauma-Informed Community-Based Pain Management Program. *European Journal of Pain*, 30(4), e70251. <https://doi.org/10.1002/ejp.70251>
- Badour, C. L., Dutton, C. E., Wright, J. J., Jones, A. C., & Feldner, M. T. (2020). Shame Proneness, Negative Cognitions, and Posttraumatic Stress Among Women with a History of Sexual Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(6), 699-713. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1725211>



- Brown, W. J., Hetzel-Riggin, M. D., Mitchell, M. A., & Bruce, S. E. (2021). Rumination Mediates the Relationship Between Negative Affect and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Female Interpersonal Trauma Survivors. *Journal of interpersonal violence*, 36(13-14), 6418-6439. <https://doi.org/10.1177/0886260518818434>
- Dar, L. K., & Hasan, S. (2026). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Narrative Synthesis of Clinical Outcomes and Psychological Mechanisms. *The Critical Review of Social Sciences Studies*, 4(1), 1316-1329. <https://doi.org/10.59075/cdx5kg81>
- Jesuthasan, J., Moran, J. K., Döring-Brandl, E. J., Abels, I., Kurmeyer, C., Starck, A., & Schouler-Ocak, M. (2025). Relationship Between Traumatic Events, Somatization, Psychological Distress, and Quality of Life in Female Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1627665. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1627665>
- Keshavarz-Akhlaghi, A. A., Abdollahpour, E., Soraya, S., Asadi, S., Seify-Moghadam, N., Noorimotlagh, Z., & Seddigh, R. (2026). Culturally Adapted Psychiatric Interventions Among Iranian and Persian-Speaking Refugees and Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Iranian Medical Council*, 9(1), 23-32. <https://doi.org/10.18502/jimc.v9i1.20475>
- Kim, Y. K., Maleku, A., Um, M. Y., Raut, S., Kirsch, J., Kakoty, M., & Dada, S. (2026). Navigating Trauma and Post-Migration Difficulties: Examining the Gendered Dimension of Individual and Collective Trauma Among Afghan Refugees. *Affilia*, 08861099261445463. <https://doi.org/10.1177/08861099261445463>
- Krüger, R. T. (2024). Trauma-Related Disorders. In *Disorder-Specific Psychodrama Therapy in Theory and Practice* (pp. 181-261). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-7508-2_5
- Lane, R., Taylor, H., Melzak, S., Rushworth, I., Beigi, M., & Chiu, K. (2025). Coping Among Afghan Former Unaccompanied Refugee Children in the UK: A Qualitative Study Exploring Barriers and Influences Over Time. *Transcultural Psychiatry*, 13634615261435699. <https://doi.org/10.1177/13634615261435699>
- Machisa, M. T., Chirwa, E., Mahlangu, P., Nunze, N., Sikweyiya, Y., Dartnall, E., & Jewkes, R. (2022). Suicidal Thoughts, Depression, Post-Traumatic Stress, and Harmful Alcohol Use Associated with Intimate Partner Violence and Rape Exposures Among Female Students in South Africa. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7913. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137913>
- Nahlén Bose, C., & Diaz, M. (2025). Trauma Treatment Outcomes for PTSD in Refugee and Asylum-Seeking Minors with Uncertain Residence Status: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1715650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1715650>
- Ramos, A. A. (2023). Considerations in Designing Trauma-Focused Interventions for Displaced Afghan Women. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 893957. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.893957>
- Rutledge, K. (2025). Rethinking Pathways to Well-Being: The Function of Faith Practice in Distress Alleviation Among Displaced Muslim Women Affected by War. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1335640. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1335640>
- Scafuto, F., Quinto, R. M., Orrù, G., Lazzarelli, A., Ciacchini, R., & Conversano, C. (2025). Do Contemplative Practices Promote Trauma Recovery? A Narrative Review from 2018 to 2023. *Healthcare*, 13(22), 2825. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222825>
- Schwartz, L., Sijbrandij, M., van der Ven, E., Alözkan Sever, C., & Lane, H. (2026). Feasibility and Acceptability of Culturally Adapted, Evidence-Informed Psychological Support on Mental Health Symptoms and Violence for Conflict-Affected Populations in Afghanistan: A Study Protocol. *International Journal of Mental Health*, 55(2), 294-313. <https://doi.org/10.1080/00207411.2025.2595363>
- Tran, H. N., Lipinski, A. J., Peter, S. C., Dodson, T. S., Majeed, R., Savage, U. C., & Beck, J. G. (2019). The Association Between Posttraumatic Negative Self-Conscious Cognitions and Emotions and Maladaptive Behaviors: Does Time Since Trauma Exposure Matter? *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 249-259. <https://doi.org/10.1002/jts.22388>
- Wright, A., Reisig, A., & Cullen, B. (2020). Efficacy and Cultural Adaptations of Narrative Exposure Therapy for Trauma-Related Outcomes in Refugees and Asylum-Seekers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(4), 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.003>
- Zelege, W. A., Hailu, T., Mekonen, M. M., & Yehualashet, Y. W. (2025). Narrative Exposure Group Therapy for Posttraumatic Stress Symptoms Among a Small Group of Internally Displaced Women in Ethiopia: An Uncontrolled Pre-Postintervention Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001993>