

Research Paper

Investigation of the effectiveness of psychodrama on improving obsessive-compulsive symptoms and anger in patients with obsessive-compulsive disorder

Melina Shirani Bidabadi¹, Ahmad Abedi², AmirHooshang Mehryar³, Hayedeh Saberi⁴

1. Ph.D Student in Clinical Psychology, Faculty of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
2. Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.
3. Retired Professor, Department of Psychology Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

Citation: Shirani Bidabadi M, Abedi A, Mehryar A.H, Saberi H. Investigation of the effectiveness of psychodrama on improving obsessive-compulsive symptoms and anger in patients with obsessive-compulsive disorder. J of Psychological Science. 2022; 21(111): 575-592.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1077-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.21.111.575](https://doi.org/10.52547/JPS.21.111.575)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Psychodrama,
Obsessive - compulsive
disorder,
anger

Background: Previous studies have highlighted the significant effect of psychodrama in healing grief, anger and a variety of psychiatric ailments, including mood and anxiety disorders and excoriation as an obsessive-compulsive related disorder; however, there is limited research on using psychodrama to work with people diagnosed with OCD.

Aims: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of psychodrama on the improvement of obsessive-compulsive symptoms and anger in patients with obsessive-compulsive disorder.

Methods: This research was implemented via a quasi-experimental with pretest-posttest design. Statistical population were all of OCD patients presented to Nik Avin psychology and counseling clinic during the months of June 2020 to July 2020. The subjects were 24 OCD patients (16 females and eight males) who were selected by convenience sampling, and were randomly divided into equal-sized experimental and control groups. During the study, both the experimental and control groups were receiving pharmacotherapy regimen, but the experimental group also received three sessions of psychodrama treatment in the form of group therapy for four weeks. The protocol of psychodrama sessions proposed in the present study was created and designed by the first author of this article (Shirani) in 2020. Data were collected before and after the intervention using the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (1977) and Novaco Anger Inventory-Short Form (1994).

Results: Multivariate Analysis of covariance of the data using SPSS23 showed that psychodrama therapy is significantly effective in improving obsessive-compulsive symptoms and anger in patients with obsessive-compulsive disorder ($p < 0/05$).

Conclusion: Patients with Obsessive-Compulsive Disorder who participated in psychodrama group therapy sessions showed improvement of Obsessive-Compulsive symptoms and reduced anger. According to the results of this study psychodrama as an effective therapy for improvement of OCD symptoms is suggested.

Received: 11 Dec 2020

Accepted: 29 Jan 2021

Available: 22 May 2022

* **Corresponding Author:** Ahmad Abedi, Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.

E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir

Tel: (+98) 9133162301

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder is a type of mental disorder. They are characterized by the kind of thoughts and actions, which are too repetitive and can interfere with a person's daily life. Different studies have found that obsessive-compulsive disorder could affect up to 3.1% of the general population and it would decrease the life quality and cause disability in the life of individuals (Fontenelle, Mendlowicz, and Versiani, 2006, Ruscio, Stein, Chiu, Kessler, 2010). Anger is a type of emotion that has been investigated in the obsessive disorder patients. The researchers and experts of psychotherapy believe that feelings and especially repressed emotions play a very important role in the field of etiology and treatment of mental disorders, particularly obsessive-compulsive disorder. Anger attacks in patients with obsessive-compulsive disorder are associated with depression. Anger can also be caused by intrusive thoughts and actions, and inflated sense of responsibility in the obsessive patients. It could be also associated with the suppressed anger due to the past events in the patient's life.

There are several suggested and applied treatments related to the obsessive-compulsive disorder. The treatments usually consist of two general categories: medication therapy and psychological therapy. Cognitive-behavioral therapy, exposure and response prevention are the most effective psychological therapies for the obsessive-compulsive disorder. However, there are lots of people with this disorder who still do not respond well to the mentioned therapies. (Eifert and Forsyth, 2005; quoted by Foroutan, Heidari, Asgari, Naderi and Ebrahimi Moghadam, 1397).

Regardless of little research background to apply psychodrama in treating the obsessive-compulsive disorder; The results of the previous researches indicated that psychodrama had an effective role on the improvement of mental disorder symptoms such as skin harm, and reducing negative emotions such as anger and guilt. Individual psychodrama has been proven effective on the obsessive-compulsive disorder of an adolescent girl who was treated with

sertraline (Cohen, Delaroché, Flament, & Mazet, 2014). Gulassa, Amaral, Oliveira and Tavares (2019) assessed the effects of psychodrama on excoriation disorders and then they compared the mentioned treatment with support therapy on the patients. The results indicated that psychodrama was more effective than support therapy in improving the symptoms of the patients. Karatas and Gökçakan (2009) examined the effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. The results showed that psychodrama therapy had a significant effect on the scores of general aggression, anger, hostility and indirect aggression. Hosseinian (2016) conducted a study to evaluate the effect of psychodrama therapy on the aggression of addicted women with bipolar personality disorder, and the results revealed that psychodrama therapy had a significant effect on decreasing the participants' aggression. In another study, Kellerman and Hodgins (2000) pointed out the effect of psychodrama therapy on the guilt feeling of the traumatized people.

Despite the mentioned studies done in this context, there is still little research background to assist the obsessive-compulsive patients in a way it enables them to identify their severe and inflexible patterns, apply them and confront them and then imagine and practice new patterns. There is also little research on the use of role method therapy for the patients with obsessive-compulsive disorder (Verliss, 2017; quoted in Marchant, 2019). Accordingly, in describing the importance and inevitability of the present study, the researchers looked for a therapy that could help the patients to enhance emotions and learn new responses, and also improve physical activity and dynamics, as well as increasing social relationships and developing social skills.

Method

The present study is a quasi-experimental having a pretest-posttest design with a control group. The population of the current study consisted of the people with obsessive-compulsive disorder in the district of 5 in Isfahan during the first half of the year 1399. Out of all patients with obsessive-compulsive disorder who were the clients of the psychological and counseling centers in district 5, based on the

inclusion and exclusion criteria of the study, 24 patients by convenience sampling method were selected. Then, they were randomly assigned into two groups of experimental and control with 12 participants in each. In the pre-test phase, participants in both groups answered the Maudsly obsessive-compulsive disorder questionnaire and the Novaco Anger Inventory-Short Form. The research data were analyzed by using two statistical methods of analysis, simple and multivariate analysis of covariance. Participants in both experimental and control group received the obsessive-compulsive disorder medication. It was only in the experimental group that besides the medication, they took 12 sessions of psychodrama therapy, 3 sessions per week, which lasted 4 weeks. The Maudsly Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire was developed by Hodgson and Rockman in 1977 to investigate the type and

scope of obsessive-compulsive disorder (Hodgson and Rachman, 1977). This scale consists of 30 items that are completed in the form of yes/no answers. This scale had the acceptable validity and reliability. The reliability of MOCI test-retest was good ($r = 0.98$) (Hodgson and Rachman, 1977). The reliability coefficient of this scale has been reported by the retest method as 0.89 (Sternberger and Burns, 1990; quoted by Mahmoud Alilou, 2005). Novaco developed an anger questionnaire at the Western Psychological Services Center of Los Angeles in USA in 1994, and then he established the current new questionnaire (Novaco, 1998). The reliability of this test through alpha method was equal to 0.86 and through retest method was equal to 0.73; the validity of the mentioned test based on the Buss and Perry correlation test was equal to 0.87.

Table 1. The result of multivariate analysis of covariance for the variable of obsessive-compulsive disorder symptoms

Variable	Total Square	Degree of Freedom	Mean Squares	F	Significance Level	Effect size Eta Square
Checking	183.750	3	61.250	23.199	0.000	0.613
Washing	26.063	3	8.688	2.931	0.044	0.167
Slowness	83.667	3	27.889	17.784	0.000	0.548
Responsibility	68.500	3	22.833	7.602	0.000	0.341
OCD Symptoms	240.668	1	240.668	74.327	0.000	0.796

Table 2. The result of multivariate analysis of covariance for anger

Variable	Total Square	Degree of Freedom	Mean Squares	F	Significance Level	Effect size Eta Square
Other appraisal	1741.729	3	580.576	14.361	0.000	0.495
External -pressure	30.729	3	10.243	0.401	0.753	0.27
Failure	600.750	3	200.250	22.222	0.000	0.602
Anger	1376.070	1	1376.070	31.167	0.000	0.621

Results

The mean score of the obsessive-compulsive symptoms in the pre-test was 19.92, which decreased to 10.42 in the post-test. The mean score of Anger in the pre-test in this group was 67.42, which reduced to 47.75. For the dimensions of obsessive-compulsive disorder (checking, slowness, washing, inflated responsibility) and the dimensions of anger (others' appraisal, external pressure and failure), there are changes between pre-test and post-test scores. Multivariate analysis of covariance was used to evaluate the significance of these changes for the variables of obsessive-compulsive symptoms and the dimensions and variables of anger. According to

Table 1, there is a significant difference between the experimental and control groups in the dimensions of checking ($F = 23.199$, $P < 0.05$), washing ($F = 2.931$, $P < 0.05$), slowness ($F = 17.784$, $P < 0.05$) responsibility ($F = 7.602$, $P < 0.05$) and the total score of obsessive-compulsive disorder symptoms ($F = 74.327$, $P < 0.05$). Table 2 also displays the results of multivariate analysis of covariance for the anger variable. It could be seen that there is a significant difference between the experimental and control groups in the dimensions of others' appraisal ($F = 14.136$, $P < 0.05$), failure ($F = 22.222$, $P < 0.05$) and overall score of anger ($F = 31.167$, $P < 0.05$).

According to the results of the tables and the level of significance, the psychodrama therapy did not have any significant effects on the external pressure subscale, but there was a significant effect on the subscales of others' appraisal, failure and overall score of anger. The effect sizes of the subscales are 49.5% for others' appraisal, 60.2% for failure, and 62.1% for overall score of anger.

Conclusion

According to the findings of the current study, psychodrama therapy has positive effects on the dimensions of obsessive-compulsive disorder and the dimensions of obsessive-compulsive disorder symptoms. The results of this study are in accordance with the findings of Cohen, Delaroche, Flament and Mazet (2014), Marchant (2019) and Gulassa, Amaral, Oliveira and Tavares (2019). The results indicated that psychodrama therapy had the most effective impact on checking and slowness, respectively, and the least effective impact on washing and responsibility, respectively. It has been revealed that performing physical movements in the psychodrama therapy sessions, and improving social relationships through peer interactions in the group could increase the mood level of the patients. It also indicated that by applying the exercises to prevent the response on the stage and increasing the patients' attention through the techniques, checking and slowness were decreased in the patients with the obsessive-compulsive disorder. According to the results, on the other hand, responsibility and washing revealed less effective impact. It could be concluded that, responsibility and washing, compared to slowness and control, have deeper roots in the personality,

beliefs of individuals as well as culture and instruction. Consequently, they require longer and more comprehensive treatments.

The results of this study also revealed the positive effect of psychodrama therapy on anger in the patients with obsessive-compulsive disorder, which is consistent with the results of the studies by Karataş and Gökçakan (2009) and Hosseinian (2016). Psychodrama therapy can be effective in reducing the patients' anger by addressing their past traumatic memories and the interpersonal failures.

Since the psychodrama therapy works beyond the words and the verbal dialogue of the client and the therapist, performing or applying the mentioned treatment allows the patients to express what they are not usually able to put into words. It is effective in reducing the anger of the patients with obsessive-compulsive disorder.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the PhD dissertation of the first author, which approved under No 1634829001817631398177427 date, 18 March 2019 in the Faculty of psychology, Department of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Ethical considerations like gaining the informed consent of the participants and the confidentiality of responses were considered in this research.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author; the second author was the supervisor and the third and fourth were the advisors

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the participants, and the colleagues of psychological and counseling centers in the district 5 in Isfahan, Iran.

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی تئاتر درمانی (سایکودراما) بر بهبود علائم وسواسی - جبری و خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار

ملینا شیرانی پیدآبادی^۱، احمد عابدی^{۲*}، امیر هوشنگ مهریار^۳، هائیده صابری^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. استاد بازنشسته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

تئاتر درمانی،

اختلال وسواس - اجبار،

خشم

زمینه: مطالعات قبلی نشان دهنده اثربخشی تئاتر درمانی بر التیام سوگ، خشم، اختلالات اضطرابی و خلقی و اختلال کندن پوست به عنوان یکی از اختلالات مرتبط با وسواس بوده‌اند با این حال تحقیقات اندکی در زمینه کاربرد تئاتر درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار وجود دارد.

هدف: بررسی اثربخشی تئاتر درمانی بر بهبود علائم وسواسی - جبری و خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار بود.

روش: تحقیق حاضر با طرح شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی و مشاوره نیک آوین شهر اصفهان در طی ماه‌های خرداد ماه ۱۳۹۹ تا تیرماه ۱۳۹۹ و شرکت کنندگان ۲۴ نفر بیمار مبتلا به وسواس (۱۶ زن و ۸ مرد) بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. در طول انجام تحقیق هر دو گروه تحت رژیم دارویی برای معالجه وسواس بودند با این تفاوت که گروه آزمایش به مدت ۴ هفته، هر هفته ۳ جلسه تئاتر درمانی را به صورت یک درمان گروهی دریافت کردند. بسته آموزشی تئاتر درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط نویسنده اول مقاله (شیرانی) در سال ۱۳۹۹ ایجاد و طراحی شده و به نگارش درآمده است. قبل و بعد از انجام مداخله از پرسشنامه وسواس مادزلی (۱۹۷۷) و فرم کوتاه مقیاس خشم نواکو (۱۹۹۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نیز با استفاده از روش آماری "تحلیل کوواریانس چند متغیری و SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تئاتر درمانی بر بهبود علائم وسواسی - جبری و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار به صورت معناداری اثربخش است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بیماران مبتلا به وسواس که در جلسات گروهی تئاتر درمانی شرکت کردند بهبودی علائم اختلال وسواس - اجبار و کاهش خشم را نشان دادند. با توجه به نتایج این پژوهش تئاتر درمانی به عنوان یک درمان مؤثر برای بهبود علائم اختلال وسواس - اجبار پیشنهاد می شود.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۹/۲۱

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

* نویسنده مسئول: احمد عابدی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

ایانامه: a.abedi@edu.ui.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۶۲۳۰۱

مقدمه

اختلال وسواس - اجبار^۱ یک اختلال روانی است که مشخصه آن افکار و اعمالی هستند که بیش از حد تکرار می‌شوند و در زندگی روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کنند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اختلال وسواس تا حدود ۳/۱٪ در صد از جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند و سبب کاهش کیفیت زندگی و عجز و ناتوانی در افراد می‌شود (فونتتل، مندلوویکزو ورسیانی، ۲۰۰۶، روسیکو استین، چپو و کسلر، ۲۰۱۰). در جمعیت ایرانی بزرگسال ۱۸ ساله و بالاتر، نرخ شیوع اختلال وسواس ۱/۸ درصد به ثبت رسیده است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت مزاحم و ناخوشایند وسواس‌های فکری به عنوان "خود ناهمخوان" ذکر می‌گردد و این بیانگر آن است که فرد مبتلا با اینکه با محتوای وسواس فکری بیگانه است و آن را تحت کنترل خود نمی‌داند اما قادر به تشخیص این نکته هست که وسواس‌های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج به او تحمیل نمی‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). وسواس‌های عملی اغلب به وسیله وسواس‌های فکری تحریک و ایجاد می‌شوند و چون می‌توانند اضطراب و آشفتگی ناشی از وسواس را سریع اما گذرا کاهش دهند تقویت می‌شوند (کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). برای اینکه یک شخص مبتلا به اختلال وسواس - اجبار تشخیص داده شود نیازی به داشتن همزمان علائم وسواسی فکری و وسواس عملی نیست بلکه تنها علائمی از افکار یا اعمال وسواسی کافی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تاکنون درمان‌های متفاوتی برای اختلال وسواس مورد مطالعه و پیشنهاد قرار گرفته‌اند، اگرچه دارودرمانی به‌طور گسترده‌ای به عنوان درمان خط اول برای اختلال وسواس - اجبار استفاده می‌شود اما نسبت قابل توجهی از افراد پاسخ رضایت‌بخشی به مداخلات دارویی نمی‌دهند و برای بیماران مقاوم به دارودرمانی استفاده از درمان شناختی - رفتاری توصیه می‌شود (ایریس سیرسیس، وایت فیلد و کاسین، ۲۰۲۰) و این نشان دهنده اهمیت درمان‌های روانشناختی در کنار دارو و یا بدون دارودرمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس است. همچنین جدیدترین مطالعات اثربخشی مواجهه نیابتی (مشاهده‌ای) بر بیماران مبتلا به وسواس را گزارش نموده‌اند (جلال، مک نالی و ویلیانر، ۲۰۲۱). این نتایج حاکی از تأثیرات یادگیری

مشاهده‌ای و هم‌تایان بر علائم بیماران وسواس است که در درمان‌های گروهی و نمایشی به خوبی به آن‌ها پرداخته می‌شود. خشم^۲ یکی از هیجاناتی است که تاکنون در بیماران وسواس مورد مطالعه قرار گرفته است. خشم یکی از پنج هیجان اصلی انسان است. خشم یک وضعیت عاطفی (هیجانی) ناشی از برانگیختگی است که معمولاً در اثر شرایط و وضعیت‌های اجتماعی مانند تهدید و یا ناکامی ایجاد می‌شود. خشم علامت مهمی است که به ما نشان می‌دهد که ما آسیب دیده‌ایم، حقوقمان زیر پا گذاشته شده، نیازها یا درخواست‌هایمان به درستی پاسخ داده نشده و یا اینکه مشکلی وجود دارد و چیزی به درستی پیش نمی‌رود (لرنر، ۲۰۱۴). اگر شرایط خشم برای مدت زمان طولانی ادامه یابد و شخص، خشم خود را سرکوب نماید بدن، مقادیر بسیار زیادی از مواد شیمیایی را ترشح می‌کند که سبب ایجاد احساسات نامطبوع و عدم تعادل می‌شود. منابع موجود، تجربه و ابراز خشم را نشان‌دهنده هیجان‌ات، شناخت ها و الگوهای رفتاری ناسازگار، دانسته‌اند (کول، واکسلر، یوشرولش، ۱۹۹۶؛ کر، اشنایدر، ۲۰۰۸؛ استارنر و پیتز، ۲۰۰۴). در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلالات روانی به‌ویژه اختلال وسواس، نقش هیجان‌ات خصوصاً هیجان‌ات واپس رانده شده، همواره مورد توجه پژوهشگران اختلالات روانی و متخصصین حوزه روان‌درمانی بوده است. پاینولی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی که بر روی بیماران مبتلا به وسواس انجام دادند به این نتیجه رسیدند که نیمی از افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار دارای حملات خشم هستند که آن‌ها معمولاً خشم خود را به شکل فریاد کشیدن، تهدید به آسیب زدن، تلاش برای آسیب زدن و یا تهدید به ترک نمودن، به همسرشان، پدر و مادرشان، فرزندان و دیگر افراد، نشان می‌دهند. همچنین آنان به این نتیجه رسیدند که حملات خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار با افسردگی، همبستگی دارد. خشم هم می‌تواند ناشی از افکار و اعمال وسواسی و مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران وسواس باشد و هم می‌تواند به خشم‌های فروخورده ناشی از رویدادهای گذشته در زندگی بیمار مربوط شود. پاتل و پاتل (۲۰۱۹) در تحقیقی که تحت عنوان "پیامدهای سرکوب هیجان‌ات بر سلامت جسمانی، سلامت روانی و بهزیستی عمومی" انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که سرکوب هیجان‌ات از جمله خشم می‌تواند سلامت جسمی، سلامت روان،

¹. Obsessive-Compulsive Disorder

². Anger

و بهزیستی عمومی افراد را به مخاطره بیندازد که از مهم‌ترین آن‌ها تولید استرس و نیز اختلال روانی افسردگی است.

در ارتباط با اختلال وسواس - اجبار تاکنون درمان‌های مختلفی پیشنهاد شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. درمان این اختلال شامل دو طبقه کلی است: درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی، که درمان شناختی - رفتاری و مواجهه و جلوگیری از پاسخ از مؤثرترین درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال وسواس به شمار می‌روند، با این وجود هنوز هم بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال‌ها پاسخ مناسبی به این درمان‌ها نمی‌دهند (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵؛ به نقل از فروتن، حیدری، عسگری، نادری و ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۷). در تبیین کارا نبودن رفتار درمانی شناختی بر افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمانگران شناختی - رفتاری در فرآیند درمان عمدتاً پدیده‌ها و متغیرهای درون روانی را هدف درمان قرار می‌دهند و کمتر بر عملکرد بین فردی و صمیمیت که سهم عمده‌ای در بیشتر اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال وسواس - اجبار دارند توجه دارند (وترنک و ام هارت، ۲۰۱۲ به نقل از فروتن و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین تقریباً ۴۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار در پاسخ به درمان‌های استاندارد شکست می‌خورند (حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۷) شکست درمان‌های شناختی - رفتاری به علت توجه کمتری که به صمیمیت و روابط بین فردی نشان می‌دهند پژوهشگران علاقه‌مند را متوجه به کارگیری درمان‌هایی که بیشتر بر عواطف و هیجانات و روابط بین فردی بیماران معطوف هستند می‌نماید که این معیار در هنردرمانی به عنوان یک درمان ابراز گر به شکل رضایت بخشی بر آورده می‌شود. علم روانشناسی به جایی رسیده است که می‌تواند از ابزارهای هنری مانند نمایش جهت ارتقای سلامت روح و روان افراد استفاده کند (امرای، ۲۰۱۱). از این میان تئاتر درمانی^۱ (سایکودراما) یکی از شاخه‌های هنردرمانی که نگاهی متفاوت در حوزه روان‌درمانی به شمار می‌آید به عنوان یک ابزار درمانی در اوایل دهه ۱۹۲۰ توسط مورنو پیشنهاد شد (فروتن، احدی، عسگری و صاحبی، ۱۳۹۹). مورنو بیان می‌دارد که ترجیح می‌دهد به جای تمرکز بر روان‌نژندی که مورد توجه فروید بود، بر روی خلاقیت و نبوغ ذاتی که در همه افراد بشر وجود دارد متمرکز شود (مورنو، ۱۹۴۶). اگرچه تئاتر درمانی به صورت گروهی برگزار می‌شود اما در واقع

یک درمان انفرادی در قالب گروه است (کروز، سالز، آلوز و مویتا، ۲۰۱۸). مورنو معتقد بود که در تمام اختلالات روان‌شناختی می‌توان از اصول تئاتر درمانی به مثابه روش درمانی مفید، بهره گرفت حتی در جنون (بلانز، ۱۹۹۶).

هدف کلی تئاتر درمانی بر اساس این ایده که هنر مبتنی بر ارتباطات است استوار است. در تئاتر درمانی از تکنیک‌هایی به منظور خلق یک فضای امن استفاده می‌گردد و با کار از طریق موضوعات فردی سعی می‌شود دیدگاه‌های جدید و یاراه‌حل‌های متناوبی کشف گردد (باقری و همکاران، ۱۳۹۷). تئاتر درمانی بیش از آنکه یک رویکرد درمانی متمایز از دیگر رویکردهای روان‌درمانی باشد، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها است که می‌تواند بر اساس هر کدام از رویکردهای روان‌درمانی موجود به کار گرفته شود. به عبارت دیگر ما در تئاتر درمانی می‌توانیم اصولی از درمان‌های شناختی - رفتاری، مکاتب روان تحلیلی مانند آدلر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با تکنیک‌های نمایشی ادغام و به اجرا در بیاوریم که تئاتر درمانی با رویکرد رفتاری، روان تحلیلی یا انسان‌گرا - وجودی می‌تواند اثربخش باشد. چه به تنهایی به کار رود و چه به عنوان درمان کمکی به بسیاری از شاخه‌های روان‌درمانی (کلرمن، ۱۹۹۲).

در روش تئاتر درمانی پنج ابزار اصلی وجود دارند (کارپ، هولمز و بردشاو، ۲۰۰۵) که عبارتند از: صحنه نمایش (در این مطالعه طبق ابداع مورنو از صحنه نمایش سه سطحی استفاده شده)، کارگردان (که همان روان‌درمانگر است)، بازیگر نقش اول، یاور، حضار (که در این مطالعه اعضای گروه آزمایشی هستند). روش تئاتر درمانی دارای سه مرحله اصلی است: مرحله گرم کردن یا آماده‌سازی، مرحله عمل، مرحله مشارکت. مرحله گرم کردن یا آماده‌سازی: عبارت است از کاربرد تکنیک‌های تئاتر درمانی و یا انجام هر فعالیت بدنی و کمک گرفتن از موسیقی در جهت کاهش اضطراب شرکت‌کنندگان و شکستن یخ اعضای گروه و تسهیل برقراری ارتباط بین اعضای گروه و بین گروه با درمانگر و از بین بردن مقاومت دفاعی شرکت‌کنندگان. مرحله عمل: مرحله گزینش تخصصی تکنیک‌های تئاتر درمانی به صلاح‌دید درمانگر در جهت اهداف روان‌درمانی است. مرحله مشارکت: برخلاف دو مرحله ذکر شده مرحله مشارکت می‌تواند در جلسه نهایی انجام شود. در این مرحله دیدگاه‌های

¹. Psychodrama

مطالعه خود به اثربخشی تئاتر درمانی بر احساس گناه در حادثه دیدگان اشاره نموده‌اند.

با وجود مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته اما پیشینه تحقیقاتی اندکی وجود دارد که به ما شرح دهد چگونه به بیماران مبتلا به وسواس کمک کنیم تا بتوانند نقش‌های خشک و انعطاف‌ناپذیر خود را تشخیص دهند، آن‌ها را به اجرا درآورند و با آن‌ها مواجه شوند و نقش‌های جدیدتری را تصور و تمرین کنند. همچنین تحقیقات اندکی در زمینه کاربرد نمایش درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس وجود دارد (ورلویس، ۲۰۱۷؛ به نقل از مارچانت، ۲۰۱۹). بنابراین در شرح اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر می‌توان گفت که پژوهشگران درصدد به کارگیری درمانی هستند که بتواند به‌طور همزمان هم به پالایش هیجانی، و هم یادگیری پاسخ‌های جدید، و علاوه بر آن‌ها تحرک و پویایی جسمانی و نیز افزایش روابط اجتماعی و توسعه مهارت‌های اجتماعی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس پردازد. بنابراین پژوهش حاضر باهدف پاسخگویی به این سؤال انجام شد که آیا تئاتر درمانی بر علائم وسواسی - جبری و خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار به صورت معناداری اثربخش است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار در منطقه ۵ اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار که به یکی از مراکز روانشناختی و مشاوره منطقه ۵ مراجعه می‌کردند، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال وسواس به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، ابتلا به اختلال وسواس - اجبار استفاده از رژیم دارویی برای معالجه وسواس، عدم ابتلا به اعتیاد و سایر اختلالات روانی همانند که بتواند در روند درمان اختلال ایجاد نماید (طبق مصاحبه تشخیصی و تأیید روان‌پزشک) و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز داشتن دو جلسه غیبت در جلسات درمانی و گزارش بیمار از وخیم شدن علائم او به علت شرکت در

بیشتر اعضای گروه که با موضوعی درگیر هستند مشخص می‌شود. به عبارتی این مرحله به معنای به تسخیر درآوردن فرآیند یادگیری و اجازه دادن به اعضای گروه است تا بتوانند از هیجانات خود پالایش یابند و بینش پیدا کنند.

تئاتر درمانی به شکل رضایت بخشی می‌تواند دو جزء اصلی روان‌درمانی یعنی پالایش و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه را به اجرا درآورد. و این دو جزء برای درمان اختلال وسواس - اجبار، ضروری هستند. به طوری که می‌توان گفت درمان‌هایی که تنها بر پالایش و یا تنها بر یادگیری رفتارهای جدید متمرکز باشند از اثربخشی و ماندگاری مطلوب برخوردار نخواهند بود. مانند روانکاوای که تمرکز اصلی آن‌ها بر تجربیات گذشته بیماران و هیجانات آن‌هاست و تمرکز کمتری بر یادگیری رفتارهای جدید و سازگارانه دارد و یا رفتار درمانی که تمرکز چندانی بر هیجانات بیماران ندارد بلکه بر یادگیری رفتارها و پاسخ‌های سازگارانه تمرکز یافته است. با وجود اینکه در زمینه به کارگیری تئاتر درمانی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار پیشینه تحقیقاتی اندکی در منابع داخلی و خارجی موجود است، مطالعه پیشینه تحقیقاتی به‌طور کلی حاکی از اثربخشی تئاتر درمانی بر بهبود علائم اختلالات روانی از جمله اختلال کندن پوست و نیز کاهش هیجانات منفی نظیر خشم و احساس گناه است. تئاتر درمانی انفرادی بر اختلال وسواس یک دختر نوجوان تحت درمان با سرتالین اثربخش بوده است (کوهن، دلاروج، فلامنت و مازت، ۲۰۱۴). گیولاسا، آمارال، الیویرا و تاوارس (۲۰۱۹) اثربخشی تئاتر درمانی را بر اختلال کندن پوست مورد بررسی قرار داده و این درمان را با درمان حمایتی برای این بیماران مقایسه نموده‌اند که نتایج مطالعه آنان حاکی از این بود که تئاتر درمانی برای بهبود علائم این بیماران از درمان گروهی حمایتی مؤثرتر است. کاراتاس و گوک کاکان (۲۰۰۹) پژوهشی را تحت عنوان "تأثیر تئاتر درمانی به عنوان یک درمان گروهی، بر کاهش سطح پرخاشگری در نوجوانان" انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که تئاتر درمانی تأثیر معناداری بر نمرات پرخاشگری کلی، خشم، خصومت و پرخاشگری غیرمستقیم داشته است. حسینیان (۲۰۱۶) مطالعه‌ای با عنوان "اثربخشی تئاتر درمانی بر پرخاشگری زنان معتاد با شخصیت دو قطبی" انجام داد و نتایج تحقیق نشان داد که تئاتر درمانی تأثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری شرکت‌کنندگان داشته است. کلرمن و هاگینز (۲۰۰۰) هم در

قرار دادن نتایج در صورت درخواست شرکت کنندگان (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳). این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.001 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به ثبت رسیده است.

ب) ابزار

پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی: این آزمون توسط هاجسون و راکمن در سال ۱۹۷۷ به منظور تحقیق در مورد نوع و حیطه‌ی مشکلات وسواس تهیه شده است (هاجسون و راکمن، ۱۹۷۷). این مقیاس شامل ۳۰ ماده است که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. به غیر از پاسخ سؤالات معکوس، به هر پاسخ درست نمره ۱ و به هر پاسخ نادرست نمره ۰ تعلق می‌گیرد. این مقیاس روایی و پایایی خوبی داشته است و پایایی آزمون - بازآزمون MOCI خوب بوده است ($r = 0.98$) (هاجسون و راکمن، ۱۹۷۷). ضریب پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش شده است (استرنبرگر و برنز، ۱۹۹۰؛ به نقل از محمودعلیلو، ۱۳۸۴). در ایران نیز این مقیاس در یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران به فاصله‌ی یک هفته دو بار اجرا و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۲ برآورد شد (محمودعلیلو، ۱۳۸۴). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی نمونه‌ی ایرانی انجام شده میانگین این آزمون در مورد بیماران وسواسی ۱۵/۷۵ و انحراف معیار (۵/۶۳) بوده است (قاسم‌زاده، خمسه‌ای و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۲). بنابراین در این تحقیق نیز نمره‌ی ۱۵ به عنوان نقطه‌ی برش^۱ در نظر گرفته شد. در این پژوهش روایی محتوایی ابزار حاضر زیر نظر ۳ نفر از اساتید متخصص در این زمینه بررسی و تأیید گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه خشم نواکو: در شهر لس آنجلس آمریکا در مرکز خدمات روانشناختی وسترن نمونه‌ای از پرسشنامه خشم وجود داشت که نواکو در سال ۱۹۹۴ آن را گسترش داد و به پرسشنامه‌ای که هم‌اکنون موجود است، تبدیل کرد (نواکو، ۱۹۹۸). این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که هر سؤال دارای پنج گزینه است. از خیلی کم معادل صفر تا خیلی زیاد معادل ۴. کمترین نمره در این پرسشنامه ۰ و بیشترین نمره ۱۰۰ است. فرم کوتاه مقیاس خشم نواکو دارای سه خرده مقیاس ارزیابی دیگران، فشار

جلسات بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که از میان افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار مراجعه کننده به مرکز خدمات روان پزشکی و مشاوره، ۲۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون آزمودنی‌های هر دو گروه به پرسشنامه‌های وسواس مادزلی و فرم کوتاه پرسشنامه خشم نواکو پاسخ دادند. شرکت کنندگان در هر دو گروه آزمایش و گواه درمان دارویی وسواس را دریافت می‌کردند با این تفاوت که گروه آزمایش علاوه بر دارودرمانی، ۱۲ جلسه در جلسات گروهی تئاتردرمانی به مدت ۴ هفته، هر هفته ۳ جلسه مشارکت کردند. با توجه به این که پژوهش حاضر در ایام کرونایی انجام گرفت تمامی جلسات با رعایت پروتکل‌های بهداشتی، تب سنجی شرکت کنندگان، استفاده از ماسک، دستکش و مواد ضدعفونی کننده در یک سالن وسیع با رعایت فاصله مناسب برگزار شد. طول مدت هر جلسه به صورت باز و از صبح تا بعد از ظهر بود. به طوری که هر کدام از ۱۲ نفر اعضای نمونه، در نقش بازیگر نقش اول یا پروتاگونیست ظاهر می‌شدند و تکنیک‌ها برای آنان مورد استفاده قرار می‌گرفت. محل برگزاری جلسات گروهی در سالن مؤسسه هنردرمانی آرتمن در شهر اصفهان بود. پس از پایان مداخله هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و پرسشنامه‌های ذکر شده را پاسخ دادند. مهم‌ترین اهداف درمانی جلسات که تکنیک‌های مورد استفاده تئاتر درمانی در این پژوهش به آن‌ها می‌پردازد عبارتند از: پرداختن به پالایش هیجانی و تجربیات هیجانی اصلاحی در بیماران، یادگیری پاسخ‌های جدید در هنگام بازگشت افکار وسواسی و یا تمایل به انجام اعمال وسواسی و پرداختن به افزایش تحرک جسمانی و انعطاف‌پذیری ذهنی در بیماران مبتلا به وسواس. بسته آموزشی تئاتر درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط نویسنده اول مقاله (شیرانی) در سال ۱۳۹۹ ایجاد و طراحی شده و به نگارش درآمده است و ساختار آن بر اساس تکنیک‌های نمایش درمانی ژاکوب مورنو و دستنامه نمایش درمانی کارپ، هولمز و برادشاو (۲۰۰۵) می‌باشد. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت شد که عبارتند از: توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، و در اختیار

1. Cut off Point

۰/۷۳ و روایی آزمون (همبستگی با آزمون باس و پری) برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. در این پژوهش روایی محتوایی ابزار حاضر زیر نظر ۳ نفر از اساتید متخصص در این زمینه بررسی و تأیید گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد. محتوای جلسات درمانی توسط پژوهشگر ساخته شده و بر اساس نظریه ژاکوب مورنو و مطابق با دستنامه کارپ، هولمز و برادشاو (۲۰۰۵) تنظیم گردیده است. شرح روش و تکنیک‌های جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

بیرونی و ناکامی است. این پرسشنامه در شهر لس آنجلس در گروه‌های سنی مختلف از ۹ تا ۸۴ ساله بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرایی شده و پایایی آن برابر با ۰/۹۶ و روایی آن ۰/۸۶ محاسبه شده است. ملک پور و همکاران (۱۳۹۱)، روایی و پایایی فرم کوتاه مقیاس خشم نواکو را مورد بررسی قرار داده‌اند. روایی آزمون با استفاده از سه روش همبستگی نمره‌های آزمون با آزمون پرخاشگری باس و پری، روش بررسی روایی و محتوایی و روش تحلیل عاملی پرسشنامه بررسی شد. همچنین پایایی آزمون با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به دست آمد. نتایج نشان داد که پایایی این آزمون با روش آلفا برابر ۰/۸۶ با روش بازآزمایی برابر با

جدول ۱. خلاصه جلسات تئاتر درمانی برای مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار محقق ساخته (شیرانی، ۱۳۹۹، برگرفته از رساله دکتری) بر اساس دستنامه سایکودراما (۲۰۰۵)

جلسات	آماده‌سازی Warm-up	اجرا (عمل) Action
جلسه اول	پرتاب توپ درمانگر درحالی که توپ را در دست دارد خودش را معرفی می‌کند و سپس توپ را به یکی از مراجعان پاس می‌دهد او نیز بایستی با در دست گرفتن توپ، خودش را معرفی کند و توپ را به فرد مجاور خود پاس بدهد.	هم‌صدایی: ترانه‌ای انتخاب می‌شود و از افراد خواسته می‌شود که به دور صحنه نمایش راه بروند و هم‌صدا با هم آن ترانه را بخوانند. گفتگوی تک نفره: گفتگوی هر کدام از افراد درباره‌ی احساسی که هم‌اکنون تجربه می‌کنند. نوشتن با دست غیر مسلط. ^۵ نوشتن با دست غیر مسلط درباره‌ی یک خاطره‌ی ناخوشایند در کودکی (آلفرد آدلر به خاطرات فی البداهه بیماران می‌پرداخت). اغراق. ^۶
جلسه دوم	اجرای موسیقی و راه رفتن افراد به دور سالن	از بازیگر نقش اول ^۵ می‌خواهیم احساس یا هیجانی را که در مرحله قبل تجربه کرده دقیقاً شناسایی کند سپس در نشان دادن آن به دیگران اغراق نماید. ایفای نقش معکوس. ^۷ در صورتی که خاطره منفی فرد در ارتباط با شخص دیگری بوده حالا جای آن‌ها بر روی صندلی‌ها در صحنه عوض می‌شود تمرین تنفس در این مرحله به مهم‌ترین عامل آزاردهنده در حال حاضر بیماران می‌پردازیم تک‌گویی: در این مرحله از افراد می‌خواهیم با صدای بلند در مورد مشکلی که در حال حاضر در حال تجربه آن هستند صحبت کنند. تکنیک اغراق: هیجانان تجربه شده فرد بزرگ‌نمایی می‌شود. تکنیک آینه: ^۸
جلسه سوم	تکنیک مجسمه. ^۷ درمانگر از کلمات یا عباراتی که بیان‌کننده یک حالت هستند استفاده می‌کند و از افراد می‌خواهد که با بدن خود آن حالت را نمایش بدهند.	تکنیک آینه: ^۸ از یکی از افراد گروه که برای انجام این نقش مناسب‌تر است می‌خواهیم که نقش آینه را برای پروتاگونیست بازی کند و رفتارهای او را منعکس نماید.

۵. Protagonist
۶. Role reversal
۷. Sculpture
۸. Mirror

۱. Chorus
۲. Soliloquy
۳. Writing with non-dominant hand
۴. Exaggeration

جلسات	آماده‌سازی Warm-up	اجرا (عمل) Action
		این شبیه تکنیک مشاهده خود ادر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. مواجهه بیماران با افکار وسواسی آن‌ها تکنیک تک‌گویی: از هر یک از افراد خواسته می‌شود فکر یا افکار وسواسی خود را در گروه مطرح کند تکنیک بدل ^۲ : بازیگر بدل، پشت سر بیمار قرار می‌گیرد و عنوان یک ایگوی کمکی ^۳ آنچه بیمار گفته بود را تکرار می‌کند از پروتاگونیست سؤال می‌شود که وقتی بدل درباره این افکارش صحبت می‌کند او چه احساس و چه تفسیری دارد؟ این شبیه تکنیک استاندارد دوگانه ^۴ در درمان شناختی - رفتاری عمل می‌کند. تمرین تنفس ایفای نقش ^۵ پروتاگونیست بر روی صحنه درباره افکار وسواسی: این ایفای نقش در سه طبقه از صحنه نمایش انجام می‌شود. بهترین صحنه نمایش در سایکودراما صحنه نمایشی است که از سه سطح تشکیل شده باشد. و این ابداع مورنو بوده است. در واقع صحنه نمایش سه طبقه بخاطر این است که کارگردان با مسائل آسیب‌زا در زندگی بیمار آغاز نمی‌کند، آغاز از طریق یک موضوع سطحی تر است که به بیمار اجازه می‌دهد تا خودش را به شکلی با موضوع درگیر کند که بتواند به سمت موضوعات عمیق‌تر حرکت کند. پله اول: در اینجا از پروتاگونیست می‌خواهیم که بگوید چه عواملی سبب راه‌اندازی افکار وسواسی در او می‌شوند. پله دوم: از او خواسته می‌شود که افکار وسواسی خود را مطرح کند. پله سوم: در اینجا از او می‌خواهیم که بگوید چگونه افکار وسواسی را برای خودش تعبیر و تفسیر می‌کند تمرین تنفس پله اول: مواجهه با فکر وسواسی پله دوم: پرداختن به نحوه تفسیر افکار وسواسی پله سوم: بازی کردن عمل وسواسی روی صحنه استفاده از تکنیک آینه: از نقش آینه خواسته می‌شود تا مانند آینه این سه مرحله ذکر شده قبلی را همراه با پروتاگونیست تکرار کند. تمرین تنفس تکنیک خود محقق سازی ^۸ : از افراد می‌خواهیم هر کدام بگویند اگر وسواس نداشتند چه می‌کردند.
جلسه چهارم	پرتاب توپ و خواندن مصراع‌های یک شعر	
جلسه پنجم	تکنیک داستان‌سازی ^۶ : درمانگر موضوعی را مطرح می‌کند و از افراد می‌خواهد که یک داستان کوتاه در مورد این موضوع بنویسند و سپس داستان خود را بخوانند. (در این پژوهش موضوع مطرح شده، عشق بود و از افراد خواسته شد که با خلاقیت ذهنی خود داستان کوچکی درباره عشق در ذهنشان طراحی کنند و آن را بنویسند)	
جلسه ششم	تکنیک همصدایی ^۷	
جلسه هفتم	موسیقی و شعرخوانی	

1. Self-Monitoring
2. Double
3. Auxiliary Ego
4. Double standards
5. Story-Making
6. Role playing
7. Chorus
8. Future Projection

جلسات	آماده‌سازی Warm-up	اجرا (عمل) Action
جلسه هشتم	حرکات نرمشی همراه با تنفس عمیق و استفاده از تکنیک جملات متقاطع	در درمان شناختی - رفتاری نیز، درمانگر از بیمار سؤال می‌کند که اگر این اختلال روانی را نداشت چه زندگی را برای خودش متصور می‌شد؟ گفتگوی قطبیت‌ها: گفتگو بین دو بخش از بیمار، بخشی که درمان را می‌خواهد و بخشی که نمی‌خواهد. ایفای نقش پروتاگونیست: از پروتاگونیست خواسته می‌شود آرزوهایش را بر روی صحنه نمایش بازی می‌کند. شبیه به تکنیک (انگار که'....) آدلر معنادهی مجدد به افکار وسواسی استفاده از تکنیک بدل:
جلسه نهم	اجرای موسیقی و راه رفتن به دور سالن	از بازیگر نقش بدل می‌خواهیم که پشت سر پروتاگونیست بایستد. حالا پروتاگونیست همان تفسیرهای فاجعه‌آمیز قبلی را برای افکارش با صدای بلند عنوان می‌کند و سپس بدل، تفسیرها و معانی جدید را بازگو می‌نماید. در این مرحله، جلوگیری از پاسخ آ تمرین می‌شود. ایفای نقش پروتاگونیست روی صحنه: پله اول: افکار وسواسی را فراخوانی می‌کند. پله دوم: همان تفسیرهای فاجعه‌بار را برای فکر وسواسی مطرح می‌کند. پله سوم: درمانگر از او می‌خواهد که عمل وسواسی را انجام ندهد و با اضطراب ناشی از فکر وسواسی، بماند تمرین تنفس تکنیک آینه: از بازیگر آینه خواسته می‌شود که برکنار پروتاگونیست قرار بگیرد و فکر وسواسی پروتاگونیست را بدون انجام عمل وسواسی تداعی کند
جلسه دهم	استفاده از تکنیک مجسمه	تکنیک گول چراغ جادو: ¹ طبق این تکنیک از هر کدام از افراد خواسته می‌شود که تصور کنند گول چراغ جادو اکنون در برابر آن‌ها ظاهر شده است و آن‌ها تنها می‌توانند یکی از آرزوهایشان را از او بخواهند و در این صورت هر کدام از آن‌ها چه آرزویی می‌کنند؟ استفاده از این تکنیک علاوه بر آماده‌سازی، سبب ایجاد اعتماد به نفس و خلاقیت و خودجوشی در افراد می‌شود.
جلسه دوازدهم	موسیقی و شعرخوانی	مرور و جمع‌بندی جلسات گذشته
مشارکت Sharing		از افراد سؤال می‌شود بدون پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها آیا فکر می‌کند که درمان بر وسواس او مؤثر بوده است؟ همچنین هر کدام از افراد به این سؤال پاسخ می‌دهند که از نظر آن‌ها این درمان چگونه بر آن‌ها تأثیر گذاشته است؟ همچنین در این مرحله افراد گروه نظر و بازخوردشان را در مورد دیگر اعضای گروه به یکدیگر انتقال می‌دهند. در آخرین دقایق جلسه پایانی از افراد خواسته می‌شود که هر کدام بر روی وایت بردی که در گوشه سالن نمایش قرار دارد نقاشی دلخواه خود را ترسیم و پایین آن نام خود را بنویسند. درمانگر متذکر می‌شود که نقاشی باقی خواهد ماند. این به افراد کمک می‌کند که یک دنباله ذهنی یا رشته پیوستگی با جلسات درمان، درمانگر و اعضای گروه در آخرین جلسه، ایجاد نمایند.

1. As if
2. response prevention
3. Magic Genie
4. feedback

یافته‌ها

پس از آزمون به ۱۰/۴۲ تغییر یافته است. میانگین نمرات خشم این گروه نیز در پیش آزمون ۶۷/۴۲ بوده که در پس آزمون به ۴۷/۷۵ کاهش یافته است. برای ابعاد اختلال و سواس (وارسی، کندی، شستشو، مسئولیت پذیری) و ابعاد خشم (ارزیابی دیگران، فشار بیرونی و ناکامی) نیز تغییراتی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مشاهده می‌شود که برای بررسی معنادار بودن این تغییرات برای متغیر علائم و سواس - اجبار و ابعاد و متغیر خشم از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

این مطالعه بر روی ۲۴ نفر بیمار مبتلا به و سواس (۱۶ زن و ۸ مرد) در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال انجام شد که از این ۲۴ نفر ۱۲ نفر در گروه گواه و ۱۲ نفر در گروه آزمایش منتصب شدند (در هر کدام از گروه‌ها، ۸ زن و ۴ مرد). همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد در گروه آزمایش میانگین نمرات علائم و سواسی - جبری در مرحله پیش آزمون ۱۹/۹۲ بوده که در

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
وارسی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۶/۲۵	۱/۴۲
		پس آزمون	۱۲	۱/۵۰	۱/۲۴
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۶/۳۳	۱/۷۲
		پس آزمون	۱۲	۴/۷۵	۲/۰۱
شستشو	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۷/۵۸	۲/۱۱
		پس آزمون	۱۲	۵/۹۲	۲/۱۱
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۷/۸۳	۱/۲۷
		پس آزمون	۱۲	۷/۰۸	۱/۱۶
کندی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۴/۴۲	۱/۵۱
		پس آزمون	۱۲	۱/۰۸	۰/۵۱
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۴/۰۸	۱/۳۱
		پس آزمون	۱۲	۳/۷۵	۱/۴۲
مسئولیت پذیری	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۴/۵۸	۱/۴۴
		پس آزمون	۱۲	۲/۱۷	۱/۰۳
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۵/۳۳	۲/۷۱
		پس آزمون	۱۲	۴/۵۸	۱/۲۴
علائم و سواسی جبری	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۹/۹۲	۳/۰۰
		پس آزمون	۱۲	۱۰/۴۲	۲/۲۳
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۲۰/۵۸	۲/۷۸
		پس آزمون	۱۲	۱۷/۵۰	۲/۱۵
خشم	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۶۷/۴۲	۷/۶۵
		پس آزمون	۱۲	۴۷/۷۵	۱۰/۱۳
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۶۷/۵۰	۹/۹۶
		پس آزمون	۱۲	۶۵/۰۰	۱۱/۱۴
ارزیابی دیگران	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۲۶/۴۱۶۷	۴/۶۲۱۲۶
		پس آزمون	۱۲	۱۴/۰۰۰۰	۳/۰۴۵۱۲
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۲۹/۹۱۶۷	۱۰/۵۰۹۳۸
		پس آزمون	۱۲	۲۶/۰۸۳۳	۴/۵۴۱۸۹
فشار بیرونی	پیش آزمون	۱۲	۲۲/۲۵۰۰	۲/۳۴۰۳۶	
	پس آزمون	۱۲	۲۳/۹۱۶۷	۸/۸۲۶۱۸	

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ناکامی	گواه	پیش آزمون	۱۲	۲۳/۰۸۳۳	۲/۷۴۵۵۲
		پس آزمون	۱۲	۲۱/۸۳۳	۳/۳۵۲۹۷
	آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۸/۷۵۰۰	۱/۶۵۸۳۱
		پس آزمون	۱۲	۹/۸۳۳۳	۲/۰۸۱۶۷
	گواه	پیش آزمون	۱۲	۱۷/۸۳۳۳	۳/۶۶۳۹۱
		پس آزمون	۱۲	۱۷/۰۸۳۳	۳/۹۴۱۸۱

مؤلفه‌های ارزیابی دیگری (F= ۱/۱۱، P= ۰/۳۵۴، F= ۱/۳۱)، فشار بیرونی (F= ۰/۲۸۳، P= ۰/۲۹۱) و ناکامی (F= ۱/۲۶، P= ۰/۲۹۱) برقرار بود. نتایج بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌پاکس برای وسواس (Box= ۴۳/۷۶، F= ۱/۲۱، P= ۰/۱۹۷) و خشم (Box= ۹/۳۹، F= ۱/۳۳، P= ۰/۲۳۹) حاکی از برقراری آن بود. نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها برای نمره کل وسواس (F= ۱/۲۶، P= ۰/۲۹۹) و خرده مؤلفه‌های واریانس واریانس (F= ۱/۷۳، P= ۰/۹۱۴)، شستشو (F= ۲/۶۲، P= ۰/۰۶۲)، کندی (F= ۱/۶۰، P= ۰/۲۰۲) و مسئولیت‌پذیری (F= ۲/۶۹، P= ۰/۰۵۷) و نمره کل خشم (F= ۱/۶۷، P= ۰/۱۹۰) و خرده مؤلفه‌های ارزیابی دیگری (F= ۲/۱۸، P= ۰/۱۰۷)، فشار بیرونی (F= ۰/۳۶۰، P= ۰/۷۷۶) و ناکامی (F= ۱/۳۰، P= ۰/۲۸۸) نیز حاکی از برقرار این پیش فرض بود.

آزمون تحلیل کوواریانس دارای پیش فرض‌هایی از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های گروه‌ها، خطی بودن رابطه متغیر مستقل و وابسته و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد؛ یافته‌ها نشان داد که آماره کولموگروف - اسمیرنوف برای نمره کل وسواس و خرده مؤلفه‌های آن و همین‌طور نمره کل خشم و خرده مؤلفه‌های آن در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بود (P> ۰/۰۵). برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا برای نمره کل وسواس (F= ۱/۴۶، P= ۰/۲۴۱) و خرده مؤلفه‌های واریانس واریانس (F= ۱/۷۶، P= ۰/۱۶۸)، شستشو (F= ۱/۷۱، P= ۰/۱۷۸، F= ۱/۶۴، P= ۰/۲۰۲) و مسئولیت‌پذیری (F= ۱/۸۵، P= ۰/۱۵۲) و نمره کل خشم (F= ۱/۱۲، P= ۰/۳۳۲) و خرده

جدول ۳. اثرات تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر علائم وسواس

اثر	آماره	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور نسبی اتا
اثر پیلایی	۰/۸۷۲	۴/۴۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۱	
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۵	۸/۰۹۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۰	
اثر هاتلینگ	۴/۱۰۵	۱۳/۵۶۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۴/۰۳۱	۴۳/۳۳۴۵	۰/۰۰۰	۰/۸۰۱	

جدول ۴ به بررسی این تفاوت‌ها می‌پردازد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و گواه در ابعاد واریانس (F= ۲۳/۱۹۹، P< ۰/۰۵) شستشو (F= ۲/۹۳۱، P< ۰/۰۵) کندی (F= ۱۷/۷۸۴، P< ۰/۰۵) مسئولیت‌پذیری (F= ۷/۶۰۲، P< ۰/۰۵) و نمره کل علائم اختلال وسواس - اجبار (F= ۷۴/۳۲۷، P< ۰/۰۵) نشان می‌دهد. مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که تئاتر درمانی منجر به کاهش علائم اختلال وسواس - اجبار و ابعاد آن شده است. از بین ابعاد اختلال وسواس،

جدول ۳ اثرات تحلیل کوواریانس را برای متغیر علائم وسواس - اجبار نشان می‌دهد. مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (۰/۸۷۲)، لامبدای ویلکز (۰/۱۸۵)، اثر هاتلینگ (۴/۱۰۵) و بزرگ‌ترین ریشه‌روی (۴/۰۳۱) معنادار است (P< ۰/۰۵). معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که در ارتباط با علائم اختلال وسواس - اجبار یا حداقل در یکی از ابعاد آن (واریانس، کندی، شستشو، مسئولیت‌پذیری) بین میانگین‌های نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد.

لامبدای ویلکز (۰/۲۷۳)، اثر هاتلینگ (۲/۴۶۳) و بزرگ‌ترین ریشه‌روی (۲/۳۸۲) معنادار است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین بین میانگین‌های نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. که این تفاوت در جدول ۶ بررسی شده است.

تئاتر درمانی بیشترین تأثیر را بر واریانس با اندازه اثر ۶۱/۳ درصد و کمترین تأثیر را بر شستشو با اندازه اثر ۱۶/۷٪ داشته است. اثرات تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر خشم نیز در جدول ۵ آمده است که برای متغیر خشم نیز مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (۰/۷۸۰)،

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر علائم اختلال وسواس - اجبار

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر مجذور اتا Eta
وارسی	۱۸۳/۷۵۰	۳	۶۱/۲۵۰	۲۳/۱۹۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱۳
شستشو	۲۶/۰۶۳	۳	۸/۶۸۸	۲/۹۳۱	۰/۰۴۴	۰/۱۶۷
کندی	۸۳/۶۶۷	۳	۲۷/۸۸۹	۱۷/۷۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴۸
مسئولیت‌پذیری	۶۸/۵۰۰	۳	۲۲/۸۳۳	۷/۶۰۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۱
علائم وسواس	۲۴۰/۶۶۸	۱	۲۴۰/۶۶۸	۷۴/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۹۶

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر خشم

اثر	آماره	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور نسبی اتا Eta
اثر پیلایی	۰/۷۸۰	۵/۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۲۶۰	
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۳	۸/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۵۱	
اثر هاتلینگ	۲/۴۶۳	۱۱/۱۲۹	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۳۸۲	۳۴/۹۳۴۵	۰/۰۰۰	۰/۷۰۴	

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر خشم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر مجذور اتا Eta
ارزیابی دیگران	۱۷۴۱/۷۲۹	۳	۵۸۰/۵۷۶	۱۴/۳۶۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
فشار بیرونی	۳۰/۷۲۹	۳	۱۰/۲۴۳	۰/۴۰۱	۰/۷۵۳	۰/۲۷
ناکامی	۶۰۰/۷۵۰	۳	۲۰۰/۲۵۰	۲۲/۲۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰۲
خشم	۱۳۷۶/۰۷۰	۱	۱۳۷۶/۰۷۰	۳۱/۱۶۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی تئاتر درمانی بر علائم اختلال وسواس - اجبار و خشم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار بود. بخشی از یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی تئاتر درمانی بر ابعاد اختلال وسواس و نیز ابعاد علائم اختلال وسواس بود. نتایج به دست آمده از این مطالعه با یافته‌های کوهن، دلاروچ، فلامنت و مازت (۲۰۱۴)، مارچانت (۲۰۱۹) و گیولاسا، آمارال، الیویرا و تاوارس (۲۰۱۹) همسو است. طبق نتایج به دست آمده تئاتر درمانی بیشترین اثربخشی را به ترتیب بر واریسی و کندی و کمترین اثربخشی را به ترتیب بر شستشو و مسئولیت‌پذیری داشته است. انجام حرکات بدنی در جلسات درمانی، بهبود روابط اجتماعی از طریق

در جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر خشم نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و گواه در ابعاد ارزیابی دیگران ($F= ۱۴/۳۶۱, P < ۰/۰۵$)، ناکامی ($F= ۲۲/۲۲۲, P < ۰/۰۵$) و نمره کلی خشم ($F= ۳۱/۱۶۷, P < ۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. طبق نتایج جدول و سطح معناداری، تئاتر درمانی بر خرده مقیاس فشار بیرونی اثربخشی معناداری نداشته اما در ارتباط با دو خرده مقیاس ارزیابی دیگران و ناکامی و نمره کلی خشم به صورت معناداری اثربخش بوده است. اندازه اثر برای خرده مقیاس ارزیابی دیگران ۴۹/۵ درصد، برای ناکامی ۶۰/۲ درصد و برای نمره کلی خشم ۶۲/۱ درصد است.

که افراد نمونه پیش از شرکت در تحقیق دریافت کرده بودند و تعداد کمتر بیماران مرد در مقایسه با بیماران زن اشاره کرد برای تأیید نتایج این پژوهش، تکرار آن در نمونه‌های دیگر نیز توصیه می‌شود. پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است. در راستای انجام نتیجه‌گیری‌ها و تفسیرهای ژرف‌تر و گسترده‌تر انجام پژوهش‌های کیفی^۱ نیز در این زمینه پیشنهاد می‌شود. این به ما کمک می‌کند تا بدانیم که تئاتر درمانی چگونه و از چه طریق می‌تواند بر بیماران مبتلا به اختلال و سواس - اجبار تأثیر گذار باشد و علائم و سواس را بهبود ببخشد. به پژوهشگران انجام مطالعه‌ای همراه با پیگیری^۲ پس از اتمام دوره درمانی توصیه می‌شود. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر که حاکی از اثربخشی تئاتر درمانی بر کاهش علائم اختلال و سواس - اجبار و خشم در مبتلایان به این اختلال است استفاده از تئاتر درمانی توسط متخصصین بالینی برای کمک به بهبود علائم بیماران مبتلا به و سواس پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده اقتصاد و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد فعالیت ۱۳۹۸۱۷۷۴۲۷ و تاریخ تصویب پایان‌نامه ۱۳۹۷/۱۲/۲۷ است. همچنین مجوزهای مربوط به پژوهش در جامعه آماری از طرف شرکت کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه صادر شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسندگان دوم و سوم اساتید راهنما و نویسنده چهارم استاد مشاور رساله هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچی تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.
تشکر و قدردانی: از تمامی بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین محترم مرکز، اساتید و دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز بدین وسیله تشکر و قدردانی می‌شود.

تعاملات هم‌تایان در گروه که موجب افزایش سطح خلق و روحیه بیماران می‌شود، تمرینات جلوگیری از پاسخ بر روی صحنه و افزایش توجه بیماران از طریق اجرای تکنیک‌ها توانسته واریسی و کندگی را در مبتلایان به اختلال و سواس - اجبار کاهش دهد. از طرفی مسئولیت‌پذیری و شستشو اثرپذیری کمتری را نشان می‌دهند، به نظر می‌رسد که در مقایسه با کندگی و واریسی، مسئولیت‌پذیری و شستشو ریشه‌های عمیق‌تری در شخصیت، و باورهای فرد و نیز فرهنگ و آموزش او داشته و بنابراین به درمان‌های طولانی‌تر و جامع‌تری نیازمند باشند.

نتایج این تحقیق همچنین نشان دهنده اثربخشی تئاتر درمانی بر خشم بیماران مبتلا به اختلال و سواس - اجبار است و این با نتایج مطالعات کاتاراس و گوک کاکان (۲۰۰۹) و حسینیان (۲۰۱۶) همسو است. تئاتر درمانی از طریق پرداختن به خاطرات گذشته دردناک افراد و پرداختن به نارسایی‌ها در روابط میان فردی می‌تواند در کاهش خشم بیماران، مؤثر باشد.

از آنجا که یک روان‌درمانی موفق، به هر دو عامل پالایش و یادگیری پاسخ‌های جدید و سازگارانه می‌پردازد، می‌توان گفت که تئاتر درمانی به خوبی به این هر دو جزء روان‌درمانی می‌پردازد. همچنین تئاتر درمانی فراتر از کلام و گفتگوی کلامی بین مراجع و درمانگر عمل می‌کند. اجرا یا عمل در این روش درمانی، سبب می‌شود که بیمار بتواند به آنچه که قادر به بیان و ابراز آن در قالب کلمات نیست پردازد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش، محدودیت‌های انجام آن نیز باید مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که این پژوهش بر روی افراد مبتلا به اختلال و سواس - اجبار در منطقه ۵ شهر اصفهان انجام شده بایستی در تعمیم نتایج به افراد و شهرهای دیگر احتیاط نمود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی، عدم کنترل شدت بیماری، هم‌پندگی احتمالی اختلال و سواس با اختلالات دیگر در بیماران و مدت درمان‌هایی

². follow-up

¹. Qualitative research

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: APA press. [Link]
- Bagheri, M., Saadat, F., & Pouladi, F. (2018). The effectiveness of psychodrama on emotional rehabilitation of patients with bipolar i disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 16*(52), 175-181. [Link]
- Blatner, A. (1996). *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods* (3rd Ed.). Springer Publishing Company. [Link]
- Clark, D.A. Purdon, C. (2004). *Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions*. Cambridge: Cambridge University Press. [Link]
- Cohen, D., Delaroche, P., Flament, M. F., & Mazet, P. (2014). Case report: Individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 62*(1), 19-21. [Link]
- Cole, P. M., Zahn-Waxler, C., Fox, N. A., Usher, B. A., & Welsh, J. D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of abnormal psychology, 105*(4), 518-529. [Link]
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature [Systematic Review]. *Frontiers in Psychology, 9*(1263). [Link]
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 30*(3), 327-337. [Link]
- Foroutan, M., Ahadi, H., Askary, P., Sahebi, A., & Pishghadam, K. (2020). The effectiveness of poetry performance on self-esteem and hope of dysthymic depression people. *Psychological Science, 19*(91), 865-874. [Link]
- Foroutan, S., Heidary, A., Askary, P., Nadery, F., & Ebrahimi Moghaddam, H. (2018). The effect of Functional Analytic Psychotherapy on Improving Depression and communication skill in patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Psychological Science, 17*(69), 611-617. [Link]
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A.-A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder in a Sample of Iranian Patients. *International Journal of Social Psychiatry, 48*(1), 20-28. [Link]
- Greenberg, B. D., George, M. S., Martin, J. D., Benjamin, J., Schlaepfer, T. E., Altemus, M., Wassermann, E. M., Post, R. M., & Murphy, D. L. (1997). Effect of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *The American journal of psychiatry, 154*(6), 867-869. [Link]
- Gulassa, D., Amaral, R., Oliveira, E., & Tavares, H. (2019). Group therapy for excoriation disorder: Psychodrama versus support therapy. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 31*(2), 84-94. [Link]
- Hasanpoor, P., Agha Yousefi, A., Alipoor, A., & Zamir, M. (2019). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Ambiguity Tolerance, Executive Functions (Accuracy and Time) and Memory in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Science, 17*(71), 837-848. [Link]
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*(5), 389-395. [Link]
- Jainish, P., & Pritesh, P. (2019). Consequences of Repression of Emotion: Physical Health, Mental Health and General Well Being. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1*(3), 16-21. [Link]
- Jalal, B., McNally, R. J., Elias, J. A., & Ramachandran, V. S. (2021). Vicarious exposure": "Spooky action" at a distance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 28*, 100606. [Link]
- Karataş, Z., & Gökçakan, D. Z. (2009). Psikodrama teknikleri kullanılarak yapılan grup uygulamalarının ergenlerde saldırganlığı azaltmadaki etkisinin incelenmesi [The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry, 20*(4), 357-366. [Link]
- Karp, M. Holmes, P. Bradshaw, T. (2005). *The Handbook of Psychodrama*. London: Taylor & Francis e-Library. [Link]
- Kellermann, N. Hodgins, M. K. (2000). *The therapeutic aspects of psychodrama with traumatized people*. London: Jessica Kingsley. [Link]
- Kellermann, P. F. (1992). *Focus on Psychodrama—the Therapeutic Aspects of Psychodrama*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley. [Link]

- Kerr, M. A., & Schneider, B. H. (2008). Anger expression in children and adolescents: a review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 28(4), 559–577. [Link]
- Learner, H. (2014). *The dance of anger*. Istanbul: Varlik Publications. [Link]
- Mahmoud Aliloo, M., Atefvahid, M. K., Bayanzadeh, S. A., Malakouti, S. K. (2005). Memory Problems in Checking Type Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(1), 62-70. [Link]
- Malekpour, M., Zangeneh, S., & Aghababaei, S. (2012). A study of the psychometric properties of Novaco Anger Questionnaire (short form) in Isfahan City. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2(1), 1-8. [Link]
- Marchant, M. (2019). *Role method with patients with obsessive compulsive disorder: development of a method*. (Capstone thesis). Lesley University, Massachusetts. [Link]
- Mehin, H. (2002). Relationship of obsessive - compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypal. *Journal of Faculty of Letters and Humanities (Tabriz)*, 45(183-184), 267-302. [Link]
- Mohammadi, M.-R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A., Davidian, H., Afzali, H., Shojaosadati, S., Bagheri Yazdi, S. A., Saberi, S., Mesgarpour, B., Akhondzadeh, S., Alaghebandrad, J., & Tehrani-Doost, M. (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC psychiatry*, 4, 1-8. [Link]
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama*. New York: Beacon House. [Link]
- Novaco, R.W. (1998). *Anger and Trauma: Conceptualization, Assessment and Treatment*. New York: Springer-Verlag. [Link]
- Painuly, N. P., Grover, S., Mattoo, S. K., & Gupta, N. (2011). Anger attacks in obsessive compulsive disorder. *Industrial psychiatry journal*, 20(2), 115–119. [Link]
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53–63. [Link]
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169-177. [Link]
- Sijercic, I., Whitfield, K. M., Cassin, S. E., & Antony, M. M. (2020). A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100532. [Link]
- Starner, T. M., & Peters, R. M. (2004). Anger Expression and Blood Pressure in Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 20(6), 335–342. [Link]
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. [Link]