

Comparing the Effectiveness of Group Therapy with Cognitive-Behavioral and Psychodrama Approaches on Reducing the Symptoms of Depression and Obsessive-Compulsive Disorder in 30-40 Years Old Women with These Disorders

Mohammadian Moradkhan M¹, *Azad Yekta M², Jomehri F³

Author Address

1. Department of Psychology, Tehran Research and Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
 2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran;
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
- *Corresponding author Email: amirmsoodmarvam@yahoo.com

Received: 2020 August 19; Accepted: 2020 October 22

Abstract

Background and Objectives: Due to the current stressful world, studying mental disorders has become especially important. Among these disorders, depression and obsessive-compulsive disorder have a long history. They have always been considered throughout psychology due to their adverse consequences and high prevalence. Feelings of loneliness, depression, and work pressure during this period often cause more emotional crises in their lives. Research shows that approximately 22% of people between the ages of 35 and 44 suffer from depression because they are dissatisfied with their relationship with their spouses and other family members. Of course, communication problems, long working hours, and the pressure of housework are also factors that harm this condition. Different theories have been proposed to explain the causes of depression and obsessive-compulsive disorder. These two disorders have been examined from various perspectives such as biological, psychoanalytical, cognitive-behavioral, systemic theories and newer psychotherapies such as psychomanagement. Accordingly, different treatment approaches have been suggested for them. This study aimed to evaluate the effectiveness of group therapy with the cognitive-behavioral and psychodrama approach on reducing depressive symptoms and obsessive-compulsive disorder among women aged 40–30 years.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population in this study included all women with depression and obsessive-compulsive disorder who were referred to counseling clinics in Tehran City, Iran, in 2019. Of whom, 36 qualified women volunteers were selected and randomly divided into three groups of cognitive-behavioral therapy, psychodrama, and control group. The inclusion criteria include the ability to communicate with other members of the group, being interested in participating in the research, and the ability to coordinate the class schedule with the meeting schedule. The exclusion criteria were inability to communicate in the group, having a mental or physical disorder affecting the skills training process, and attending psychotherapy sessions or counseling elsewhere. The group therapy with the cognitive-behavioral and psychodrama approach was held in 12 90-min sessions, once per week for three months. The study data were collected by the Depression Inventory (Beck et al., 1961) and the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989). The data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance and Tukey's post hoc test) in SPSS version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the average scores of depression and obsessive-compulsive disorders in the posttest stage after controlling the pretest scores in the two experimental groups were significantly different from the control group ($p < 0.001$). Also, the difference in mean scores between the two groups of psychodrama and cognitive-behavioral therapy in depression ($p = 0.033$) and obsessive-compulsive disorder ($p = 0.044$) were significantly different. So psychodrama therapy was more effective in reducing depression and cognitive-behavioral therapy was more effective in reducing obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: Based on the findings of this study, both cognitive-behavioral therapy and psychodrama therapy are effective in reducing the symptoms of depression and obsessive-compulsive disorder in women suffering from depression and obsessive-compulsive disorder. However, psychodrama therapy is more effective in reducing depression symptoms, and cognitive-behavioral group therapy is more effective in reducing obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Cognitive-Behavioral therapy, Psychodrama therapy, Depression, Obsessive-compulsive disorder.

بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری-عملی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال وسواس فکری-عملی ۳۰ تا ۴۰ ساله

مریم محمدیان مرادخواه^۱، *مهرناز آزاد یکتا^۲، فرهاد جمهری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: amirmasoodmargam@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۹ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: در دنیای پرتنش کنونی، بررسی اختلالات روانی اهمیت ویژه‌ای دارد و دو اختلال افسردگی و وسواس فکری-عملی در تاریخچه طولانی خود به علت پیامدهای ناگوار و شیوع فراوان، همواره مدنظر بوده‌اند؛ از این رو هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری-عملی در زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری-عملی ۳۰ تا ۴۰ ساله بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره‌ای تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۳۶ زن داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان روان‌نمایشگری و گواه قرار گرفتند (هر گروه دوازده نفر). جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و مقیاس وسواس فکری-عملی بیل-براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) صورت گرفت. گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری طی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی، در مجموع به مدت سه ماه برگزار شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین نمرات افسردگی و وسواس فکری-عملی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین تفاوت میانگین نمرات بین دو گروه درمان روان‌نمایشگری و درمان شناختی-رفتاری در افسردگی ($p = 0/033$) و وسواس فکری-عملی ($p = 0/044$) معنادار بود؛ به طوری که درمان روان‌نمایشگری بر کاهش افسردگی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وسواس فکری-عملی اثربخشی بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، دو درمان شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری-عملی در زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری-عملی مؤثر هستند؛ اما در مقام مقایسه، درمان روان‌نمایشگری اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم افسردگی و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر کاهش وسواس فکری-عملی دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان روان‌نمایشگری، افسردگی، اختلال وسواس فکری-عملی.

فنون رفتاری استفاده شده، حساسیت‌زدایی منظم، تصویر ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی، شکل‌دهی، خاموش‌سازی، الگوسازی، خودپایی و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها است. فنون شناختی ثبت افکار، راهبردهای تغییر شناختی و گفتارهای درونی مقابله‌ای است و از فنون سرمشوق‌دهی، ایفای نقش و وابستگی نیز استفاده می‌شود (۸). تسویچاگوتا و همکاران در پژوهشی با بررسی درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواس فکری-عملی در افراد با و بدون اختلال طیف اتیسم دریافتند که درمان شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به‌خوبی تأثیرگذار است (۹).

یکی دیگر از روش‌های درمانی که احتمالاً می‌تواند در بهبود علائم اختلالات افسردگی و وسواس فکری-عملی نقش داشته باشد، گروه‌درمانی به‌روش روان‌نمایشگری است (۱۰). رویکرد روان‌نمایشگری تقریباً با دیدی منحصر به فرد به افراد و مشکلات آن‌ها می‌نگرد؛ همچنین روش‌های بسیار بدیعی را برای درمان و بهبود مشکلات افراد پیشنهاد می‌کند. این روش ترکیب فوق‌العاده ماهرانه‌ای از روان‌شناسی و هنر است که توسط مورنو ابداع شد. مورنو عقیده دارد که گروه به‌خودی‌خود درمان‌بخش است و استفاده از هنر ایفای نقش راه چاره جدیدی برای حل مشکلات روانی-اجتماعی است (به‌نقل از ۱۳-۱۱). کوهن و همکاران در پژوهشی بر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان نشان دادند که روان‌نمایشگری در در درمان و کاهش علائم بالینی آن‌ها مؤثر است (۱۴).

بنابراین افسردگی و وسواس فکری-عملی افراد، به‌ویژه محصول شناخت‌های ناکارآمد و ایفای نقش‌های غیرواقعی است؛ همچنین براساس بررسی‌های صورت‌گرفته، پژوهش‌های جامع‌یافت‌نشده که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری-عملی در بین زنان ۳۰ تا ۴۰ ساله پرداخته‌اند؛ بنابراین پژوهش حاضر به‌دلیل پرکردن این خلأ پژوهشی و فراهم‌آوردن دانش لازم در این زمینه انجام شد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری-عملی در بین زنان ۳۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به افسردگی و وسواس فکری-عملی بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه‌گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره‌ای تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۳۶ زن داوطلب واجد شرایط و دارای حداقل نمره ۱۶ از مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-براون^۴ (۱۵) و حداقل نمره ۲۰ از پرسشنامه افسردگی بک (۱۶) به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه درمان

با توجه به دنیای پرتنش کنونی بررسی اختلالات روانی اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. در این بین، اختلال افسردگی^۱ و اختلال وسواس فکری-عملی^۲، از تاریخچه‌ای طولانی برخوردار هستند و در طی تاریخ روان‌شناسی به‌علت پیامدهای ناگوار و شیوع فراوان این دو اختلال، همواره به آن‌ها توجه شده است (۱). مطالعات نشان می‌دهد که در بین سنین ۳۰ تا ۴۰ سالگی افراد غمگین‌تر و ناراضی‌تر از هر دوره دیگری در زندگی خود هستند. معمولاً احساس تنهایی، افسردگی و فشار کاری در این دوره بیش از هر زمان دیگری باعث بروز بحران‌های روحی و عاطفی در زندگی آن‌ها می‌شود (۲). براساس تحقیقات مشخص شد، تقریباً ۲۲ درصد از افراد بین ۳۵ تا ۴۴ سال دچار افسردگی هستند؛ چراکه از روابط خویش با همسر و دیگر اعضای خانواده خود رضایت ندارند؛ البته مشکل در برقراری ارتباط، ساعات طولانی کاری و فشار کارهای خانه نیز از عواملی هستند که در این باره تأثیر منفی به‌جا می‌گذارند (۳).

همچنین یکی دیگر از اختلالاتی که زنان را دچار اضطرابی و وسواسی در رابطه با مسائل می‌کند، اختلال وسواس فکری-عملی است. اختلال وسواس فکری-عملی را پس از هراس‌ها، اختلالات وابسته به مواد و اختلالات افسردگی، در ردیف چهارم تشخیص‌های شایع‌تر روان‌پزشکی قرار می‌دهند. پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در اروپا، آسیا و آفریقا این نسبت‌ها را در فرهنگ‌های گوناگون تأیید کرده است (۴). اختلال وسواس فکری و عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲/۵ درصد تخمین زده می‌شود. اختلال وسواس ممکن است در نوجوانی یا کودکی و در مواقعی حتی در دوسالگی شروع شود (۵).

در تبیین علل اختلال افسردگی و اختلال وسواس فکری-عملی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده است. روش‌های درمانی نیز براساس نظریه‌های موجود ایجاد می‌شود. این دو اختلال از دیدگاه‌های گوناگون همچون زیست‌شناختی، روان‌تحلیلی، شناختی-رفتاری، نظریه‌های سیستمی و روان‌درمانی‌های جدیدتر مانند روان‌نمایشگری بررسی شده است؛ بر همین اساس رویکردهای درمانی متفاوتی نیز برای آن‌ها پیشنهاد شده است (۶). در این پژوهش به بررسی اثربخشی دو نوع گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری^۳ و روان‌نمایشگری^۴ بر کاهش علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواس فکری-عملی پرداخته شد. رویکرد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری برای درمان انواع بیماران دارای افسردگی و وسواس فکری-عملی مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (۷). رویکرد شناختی-رفتاری به‌صورت رهنمودی، متمرکز بر مشکل و کوتاه‌مدت است؛ همچنین روابط درمانی که بین درمانگر و درمانجو به‌وجود می‌آید، آموزنده و مبتنی بر همکاری، دوستی و اعتماد است. هدف‌ها و وسایل با همکاری درمانجو تعیین می‌شود. مشاور مهارت‌های جدید را به فرد آموزش می‌دهد و فرد را تشویق می‌کند؛ درعین‌حال روی افکار، احساسات، خیال‌پردازی‌ها و محیط فرد متمرکز می‌شود و از راهبردهای سازگارانه استفاده می‌کند.

4. Psychodrama Therapy

5. Moreno

6. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

1. Depression Disorder

2. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

3. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

شناختی-رفتاری، درمان روان‌نمایشگری و گواه قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه دوازده نفر محاسبه شد.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: ۱. قراردادن در مرحله حاد بیماری؛ ۲. نگذردن دوره‌های درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و دوره‌های درمانی با رویکرد روان‌نمایشگری؛ ۳. نداشتن اعتیاد. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه عبارت بود از: ۱. گذردن دوره‌های درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و دوره‌های درمانی با رویکرد روان‌نمایشگری؛ ۲. نارضایتی از ادامه همکاری با پژوهش به هر دلیلی و در هر مرحله از پژوهش.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل شفاهی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. زنان واجد شرایط به صورت تصادفی به سه گروه دوازده نفری (درمان شناختی-رفتاری، درمان روان‌نمایشگری، گواه) تقسیم شدند. قبل از اجرای مداخلات درمانی گروهی شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری، افسردگی و سواس فکری-عملی به ترتیب با استفاده از مقیاس سواس فکری-عملی بیل-براون (۱۵) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۶) در گروه‌های آزمایش و گروه گواه اندازه‌گیری شد (مرحله پیش‌آزمون). سپس گروه‌های آزمایش طی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی روان‌نمایشگری قرار گرفتند و پس از اتمام آموزش دوباره اندازه‌گیری افسردگی و سواس فکری-عملی با استفاده از مقیاس سواس فکری-عملی بیل-براون (۱۵) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۶) در هر سه گروه صورت گرفت (مرحله پس‌آزمون). به این ترتیب داده‌های مربوط به افسردگی و سواس فکری-عملی شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

- مقیاس سواس فکری-عملی بیل-براون:

این مقیاس توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ ابداع شد (۱۵). این مقیاس دارای ده ماده است که پنج ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و پنج ماده برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته می‌شود. نمره‌گذاری این ابزار روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) صورت می‌گیرد. نمرات کل مقیاس سواس فکری-عملی از مجموع نمرات ده ماده به دست می‌آید که حد بالای نمرات ۴۰ و حد پایین آن صفر است. ماده‌ها در رابطه با شدت علائم، فراوانی علائم، مدت زمان علائم، میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره‌اش و نیز میزان مقاومت بیمار در برابر انجام این تشریفات در دو بُعد سواس فکری و عملی هستند (۱۵).

پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ و اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون^۲ به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شد (۱۷). در مطالعه اسدی و همکاران، داده‌های مربوط به اعتبار و پایایی نسخه فارسی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی آن بین ارزیابان در چهل بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۹ بود. اعتبار همگرای این مقیاس با ادراکات بالینی جهانی نشانگان وسواس فکری-عملی^۳ در خط پایه ۰/۹۷ به دست آمد (۱۸).

- پرسشنامه افسردگی بک:

این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ برای اندازه‌گیری افسردگی ساخته شد (۱۶). این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و آزمودنی یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است، انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (خیلی مخالفم=نمره صفر تا خیلی موافقم=نمره ۳) انجام می‌شود. به هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا ۳ اختصاص می‌یابد و کل پرسشنامه دامنه‌ای از نمرات صفر تا ۶۳ خواهد داشت. نمرات بین ۱ تا ۱۸ فاقد افسردگی یا کمترین حد، ۱۸ تا ۲۸ افسردگی خفیف، ۲۹ تا ۳۵ متوسط و ۳۶ تا ۶۳ افسردگی شدید است (۱۶). نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد، این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ از ثبات درونی مطلوبی برخوردار است (۱۶). موتابی و همکاران نیز در نمونه‌ای ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه را طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کردند (۱۹).

- درمان گروهی شناختی-رفتاری: این درمان در دوازده جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به مدت یک ماه و نیم براساس پروتکل درمانی فری اجرا شد. فری در مطالعات مختلف روایی این پروتکل را تأیید کرده و نشان داده است که این پروتکل درمانی از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۰). در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان گروهی شناختی-رفتاری، ارائه شده است.

- درمان گروهی روان‌نمایشگری:

این درمان در دوازده جلسه نود دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به مدت یک ماه و نیم براساس بسته آموزشی مورنو اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۱). در جدول ۲، خلاصه‌ای از جلسات درمانی روان‌نمایشگری، ارائه شده است.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از روش تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک، بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز همگنی شیب‌های رگرسیون استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

3. Clinical Global Impression of Obsessive-Compulsive Syndrome (CGI)

1. Beck Depression Inventory (BDI)

2. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی شناختی-رفتاری

جلسه	تکنیک	هدف
۱	تکمیل آزمون‌های لازم (پیش‌آزمون)، برقراری ارتباط، معارفه اعضای گروه، معرفی ساختار گروه، انتظارات گروه، قوانین گروه و حقوق اعضای گروه، بارش فکری قوانین. تکلیف خانگی: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان.	- بررسی و بحث فرایندهای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری هیجان و تعامل آن‌ها - بررسی و بحث درباره تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی دارای مؤلفه‌های شناختی
۲	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، تعریف افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، طبقه‌بندی باورها، اضطراب و خشم مرضی تکلیف خانگی: شناسایی آثار وسواس در زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی.	- شناخت جنبه‌های شناختی افسردگی - شناخت افکار خودآیند و چگونگی دستیابی به آن‌ها - شناخت خطاهای منطقی ^۱ مهم و امکان بازشناسی آن‌ها در افکار
۳	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، افکار خودآیند مرتبط با گروه‌درمانی، مقاومت در برابر درمان، تشخیص مقاومت‌های بالقوه و راهبردهایی برای جلوگیری از آن. آشناسازی با فرمول (C) ^۲ ، (B) ^۳ ، (A) ^۴ . تکلیف خانگی: یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آن‌ها و شناسایی تحریف‌های شناختی.	- آشنایی با پیامدهای رفتاری افکار و باورها - بررسی طرحواره‌ها و شناخت‌های بنیادی
۴	مرور و بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با روش پیکان رو به پایین، تمرین پیکان رو به پایین. تکلیف خانگی: شناسایی و به‌چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی مسبب تشریفات وسواسی و بررسی تأثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	- روش‌های دستیابی به طرحواره‌ها - تشخیص طرحواره مثبت و منفی
۵	مرور و بررسی تکالیف خانگی، تمرین پیکان رو به پایین. تکلیف خانگی: شناسایی و به‌چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی مسبب تشریفات وسواسی و بررسی تأثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	- تمرین و واری هیجانانگیز و احساسات و بررسی آن‌ها در شرایط زندان
۶	مرور و بررسی تکالیف خانگی، القای فکر-تمرین، القای فکر. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	- القای افکار مثبت و منفی و بررسی آثار آن‌ها - عینی‌سازی افکار و روش‌های پرهیز از کلی‌نگری
۷	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، طبقه‌بندی باورها، تهیه فهرست اصلی باورها، تمرین درخصوص تهیه فهرست اصلی باورها. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	- بررسی میزان کارایی و اثربخشی باورها در زندگی
۸	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، نقشه‌های شناختی و تمرین در این خصوص، تهیه درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	- بررسی مشکلات و روابط بین فردی همبندان و راهکارهای حل مسئله
۹	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، تمرین برای تغییر باورها و توانایی تغییر باورها. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	- روش‌های گذراندن اوقات زندان و بررسی راهکارهای بهتر
۱۰	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، تحلیل منطقی و تمرین تحلیل منطقی. ارائه تکلیف خانگی جلسه بعد.	- بررسی راه‌های تقویت رفتارهای مثبت خود و خودپاداش‌دهی
۱۱	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، ساخت سلسله‌مراتب و به‌وجودآوردن حداقل یک سلسله‌مراتب، خودپاداش‌دهی و تکنیک‌های نگهداری. تکلیف خانگی: شناسایی و به‌چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی مسبب تشریفات وسواسی و بررسی تأثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	- روش‌های خودنظارتی، ایجاد سیستم رفتاری - ساختن برنامه‌ای کاربردی توسط شرکت‌کنندگان - برای خود به‌منظور تشویق آن‌ها به ادامه تمرین تکنیک‌ها و رویکرد آموخته‌شده در طول برنامه
۱۲	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، مروری بر برنامه‌ها، مراسم اختتامیه و اجرای پس‌آزمون	- بررسی و مرور تکالیف خانگی - اختتام و بررسی آموخته‌های جلسات قبل و میزان رضایت از جلسات

1. Logical error

2. Emotional consequence

3. Belief of thought

4. Activating event

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان گروهی روان‌نمایشگری

جلسات	تکنیک	هدف
اول	برقراری ارتباط اولیه، خوشامدگویی، معارفه اعضا، آشنایی با قوانین گروه و انتظارات گروه و رعایت حقوق اعضای گروه، افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد	- آشناسازی اعضا - ایجاد فضای خودجوشی
دوم	تعیین اهداف، شیوه ابرازگری هیجانی و آشنایی بیشتر اعضا با ساختار روان‌نمایشگری	- بررسی پیامدهای نبود ابرازگری هیجانی بر وضعیت افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، ایجاد انسجام گروهی
سوم	استفاده از تکنیک‌های فروشگاه جادویی، تخیلات هدایت‌شده، عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی، پشت به حضار	- آماده‌سازی اعضا، ایجاد تصاویر متعدد در ذهن اعضا
چهارم و پنجم	طرح مسئله، آشنایی با ایفای نقش، تکنیک‌های آیین و من یاور	- ایجاد خودگویی و شناسایی تعارضات درون‌فردی
ششم و هفتم	استفاده از روش غیرکلامی در آگاهی اعضا درباره شیوه ابراز احساسات خود به دیگران	- اهمیت رفتارها و نشانه‌های غیرکلامی آگاهی از هیجانات خود و زبان بدن
هشتم و نهم	استفاده از فن مجسمه‌سازی و شکوفایی عواطف نهفته	- کمک به تسهیل ابراز هیجانات مثبت اعضا
دهم	ترغیب اعضا به بازگویی مشکلات خویش در قالب ایفای نقش	- نشان‌دادن باورداشت‌های اولیه و گشودن تعارضات مرکزی
یازدهم	تمرین و تکرار درخصوص ابراز هیجانات مثبت به‌جای هیجانات منفی	- بررسی و شناسایی هیجانات منفی
دوازدهم	جلسه اختتام، اجرای تکنیک صندوقچه امید، اجرای پس‌آزمون	- بررسی و بازبینی تجارب و احساسات اعضای گروه

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان روان‌نمایشگری $34/7 \pm 6/8$ سال بود که دامنه سنی از ۲۳ تا ۵۴ سال را شامل شد. سال، گروه درمان شناختی-رفتاری $35/7 \pm 5/4$ سال و گروه گواه

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی گروه‌های مطالعه‌شده در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

گروه‌ها متغیرها	شناختی-رفتاری		روان‌نمایشگری		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۳	۲۵/۰	۴	۳۳/۳	۵	۴۱/۷
	۴	۳۳/۳	۶	۵۰/۰	۴	۳۳/۳
	۵	۴۱/۷	۲	۱۶/۷	۳	۲۵/۰
	۴	۳۳/۳	۴	۳۳/۳	۴	۳۳/۳
طول مدت بیماری	۳	۲۵/۰	۲	۱۶/۷	۳	۲۵/۰
	۵	۴۱/۷	۶	۵۰/۰	۵	۴۱/۷
	۷	۵۸/۳	۵	۴۱/۶	۹	۷۵
تحصیلات	۴	۳۳/۳	۵	۴۱/۶	۲	۱۶/۷
	۱	۸/۴	۲	۱۶/۸	۱	۸/۳
	۳	۲۵/۰	۴	۳۳/۳	۴	۳۳/۳

براساس یافته‌های جدول ۴، میانگین نمرات افسردگی و وسواس فکری-عملی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار بود؛ بدین معنا که هر دو درمان روان‌نمایشگری و شناختی-رفتاری بر افسردگی تأثیر داشتند ($p < 0/001$) و اندازه اثر مداخله گروهی برای متغیر افسردگی $0/57$ به‌دست آمد. همچنین هر دو درمان روان‌نمایشگری و شناختی-رفتاری بر وسواس فکری-عملی مؤثر بودند ($p < 0/001$) و اندازه اثر مداخله گروهی برای متغیر وسواس فکری-عملی $0/77$ به‌دست آمد. برای مقایسه دوه‌دوی نمرات پس‌آزمون از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌های آن از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بود ($p > 0/05$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0/05$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود ($p > 0/05$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۴، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و وسواس فکری- عملی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتیجه تحلیل کوواریانس	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
افسردگی	درمان روان‌نمایشگری	۲۴/۶	۱۰/۶۱	۱۴/۴	۱۱/۴۱	۲۸/۲۴	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی- رفتاری	۲۳/۴	۱۱/۳۶	۱۶/۸	۱۰/۰۸		
وسواس فکری- عملی	گواه	۲۶/۵	۹/۵۶	۲۵/۱	۹/۴۲	۶۹/۷۴	<۰/۰۰۱
	درمان روان‌نمایشگری	۱۸/۲۹	۳/۹۵	۹/۸۸	۳/۹۱		
فکری- عملی	درمان شناختی- رفتاری	۱۸/۸۴	۴/۸۸	۸/۷۳	۴/۴۵	۶/۵۶	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۷/۰۸	۴/۲۶	۱۶/۵۵	۱۶/۵۵		

جدول ۵. نتیجه آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه نمره پس‌آزمون در بین گروه‌ها

متغیرها	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
افسردگی	درمان روان‌نمایشگری	درمان شناختی- رفتاری	۲/۴۷	۰/۷۱	۰/۰۳۳
	گواه	گواه	-۱۰/۷۰	۱/۶۳	<۰/۰۰۱
وسواس فکری- عملی	درمان شناختی- رفتاری	گواه	-۸/۳۵	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	درمان روان‌نمایشگری	درمان شناختی- رفتاری	۲/۰۳	۰/۵۵	۰/۰۴۴
فکری- عملی	گواه	گواه	۶/۲۵	۱/۷۴	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی- رفتاری	گواه	۹/۹۷	۱/۴۴	<۰/۰۰۱

ناکارآمدی‌ها کند و مهارت انتخاب سبک‌های مختلف فکری را به فرد ارائه دهد. همچنین گروه‌درمانی شناختی- رفتاری توانست به افراد کمک کند با استفاده از فن‌های مربوط، در خود چرخش ذهنی به‌وجود آورد و خود را از فشاری که بر آن‌ها تحمیل شده است، رها کند؛ به‌علاوه از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شوند و با استفاده از فن سود و زیان، بازداری قشری اختیاری و استفاده از باورهای مخالف شرایط جدید، گزینه‌های بیشتری را تجربه کنند. این روند توانست تجربه‌های جدیدی را در اختیار آن‌ها قرار دهد و دور باطل همیشگی را که از نتایج رفتارها و فکری‌های خود گرفتند، بشکند تا به احتمال‌های دیگر غیر از پیش‌داوری‌های منفی نیز بیندیشند و تعمیم ناکامی‌ها به کل موقعیت‌ها را کاهش دهند (۷). گروه‌درمانی شناختی- رفتاری با استفاده از فن تنبیه و پاداش حتی بعد اتمام دوره، به افراد کمک می‌کند تا موفق به حفظ دستاوردهای خود در درمان شوند؛ همچنین به آن‌ها کمک می‌کند تا با افزایش خودآگاهی خود درباره‌انگیزه‌های رفتاری و دست‌نیافتن به نتیجه دلخواه باوجود تلاش مداوم، در راستای تغییر شرایط موجود و بهره‌وری از انعطاف‌پذیری شناختی خود حرکت کنند (۲۰)؛ بنابراین در این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری توانست در کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در زنان مؤثر عمل کند.

از سوی دیگر در گروه‌درمانی روان‌نمایشگری که می‌توان آن را نوعی مکتب التقاطی به‌شمار آورد، سعی می‌شود تا فرد با ایفای نقش درباره مسئله‌اش و نه صرفاً صحبت‌کردن درباره آن به تخلیه هیجانی دست یابد که موجب بهبودی و شفای فرد می‌شود. گروه‌درمانی روان‌نمایشگری، فعالیتی گروهی است و در اجرای هرگونه فعالیت گروهی افرادی در فرایند اصلی آفرینش درگیر هستند و کارشان را با دیگران به اشتراک می‌گذارند تا اعضای گروه بتوانند درباره کارشان در

باتوجه به نتایج جدول ۵، تفاوت میانگین نمرات بین دو گروه درمان روان‌نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری در افسردگی ($p=۰/۰۳۳$) و وسواس فکری- عملی ($p=۰/۰۴۴$) معنادار بود؛ به‌طوری‌که درمان روان‌نمایشگری بر کاهش افسردگی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش وسواس فکری- عملی اثربخشی بیشتری داشت؛ البته هر دو درمان روان‌نمایشگری و شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و وسواس فکری- عملی درمقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشتند ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در بین زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری- عملی بود. یافته‌ها نشان داد، این دو نوع روان‌درمانی می‌توانند به کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی منجر در زنان یادشده شوند؛ به‌طوری‌که هر دو درمان مذکور بر کاهش افسردگی و وسواس فکری- عملی درمقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشتند. بین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات تسوچیاگوتا و همکاران (۹) و کوهن و همکاران (۱۴) همسوست.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، در گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به‌نوعی سعی می‌شود تا تمامی جنبه‌های شناختی اعم از نیت، نگرش و برداشت‌های فرد در درمان در نظر گرفته شود تا با تغییر آن‌ها در رفتار افراد تغییرات لازم به‌وجود آید (۷). همچنین می‌توان گفت که براساس یافته‌ها و دانش علمی موجود و با تأکید بر کارکردهای شناختی و به‌کارگیری فن‌های شناختی، پژوهش حاضر توانست زنان دارای افسردگی و وسواس فکری- عملی را از اتخاذ روش و سبک فکری

خلال فرایند تولید و نیز پس از آن به بحث و گفت‌وگوی تحلیلی بپردازند. در شرایط درمان گروهی، ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، اعمال تکانشی و از خود بیگانگی بررسی و تغییر داده می‌شود (۱۰) و به نظر می‌آید که عامل اصلی تأثیرگذاری روان‌نمایشگری بر کاهش افسردگی و وسواس فکری- عملی نیز در همین است. از آنجاکه روان‌نمایشگری رویکردی اجتماعی دارد، شرکت افراد در جلسات روان‌نمایشگری گروهی به‌عنوان شیوه‌ای آموزشی موجب تشویق و توسعه توانایی‌های فردی در قلمروی زندگی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در محیط زندگی می‌شود. این امر در تقویت خودپنداره و احساس ارزش‌مندی زنان دارای افسردگی و وسواس فکری- عملی که دارای عزت‌نفس ضعیف‌اند، مؤثر است (۱۱). باتوجه به اینکه روان‌نمایشگری شکلی از بازی نقش‌ها است، در این روش، درمانجویان مثل اینکه واقعاً در موقعیت مربوط قرار دارند به ایفای نقش می‌پردازند. این ایفای نقش علاوه بر کسب بینش و خودشناسی تاحدودی باعث تخلیه هیجانی نیز می‌شود؛ بنابراین زمانی که افراد می‌توانند خود را با تخلیه هیجانی و برون‌ریزی حالات منفی و زجرآور این دو اختلال خالی کنند، می‌توان گفت که گروه‌درمانی روان‌نمایشگری در کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در زنان مؤثر است (۱۲)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری- عملی اثربخش است.

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان روان‌نمایشگری در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم افسردگی داشت و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان روان‌نمایشگری بر کاهش وسواس فکری- عملی اثربخشی بیشتری داشت. تاکنون پژوهشی همسو یا ناهمسو با این یافته مطالعه حاضر گزارش نشده است. در تبیین این یافته باید بیان داشت که تجربه علائم افسردگی گویای این است که فرد به دلیل سرکوب هیجان‌ها و تعارض‌های درونی خود از هیجان‌ات منفی رنج می‌برد. روان‌نمایشگری نیز بر ایفای نقش افراد درباره مشکلاتشان تأکید دارد؛ به‌طوری‌که در آن موقعیت تمام هیجان‌ات منفی و ناراحت‌کننده برای فرد تداعی می‌شود. این روند بازی نقش و بازسازی واقعیت می‌تواند به افراد در کسب بینش و خودشناسی و در نتیجه تخلیه هیجانی و برون‌ریزی حالات منفی و زجرآور و رهایی از هیجان‌ات منفی کمک کند (۱۱) که در نهایت می‌تواند در بهبود علائم افسردگی به‌عنوان تجربه هیجانی منفی مؤثر عمل کند؛ بنابراین احتمالاً اثربخشی بیشتر درمان روان‌نمایشگری در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم افسردگی در زنان مطالعه‌شده به این دلیل بوده است که روان‌نمایشگری به‌طور مستقیم هیجان‌ات منفی را هدف قرار می‌دهد که در بهبود افسردگی به‌عنوان تجربه هیجانی منفی مؤثر است؛ ولی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر این باور استوار است که هیجان‌ات و احساسات ناراحت‌کننده محصول افکار و شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی هستند؛ این در حالی است که طبق شواهد موجود، افراد با وسواس فکری- عملی نیز اساساً درگیر افکار و شناخت‌های

تحریف‌شده و غیرمنطقی هستند؛ به‌طوری‌که این افراد در واقع بینی دچار ناتوانی هستند و امور واقعی را براساس ذهنیت خود تحریف می‌کنند و تحت تأثیر آن به اقدامات و سواس‌گونه دست می‌زنند (۷)؛ بنابراین گروه‌درمانی شناختی- رفتاری با تمرکز بر ابعاد شناختی شامل نگرش و تعبیرهای نادرست افراد با وسواس فکری- عملی از رویدادهای مختلف، سعی دارد تا در ابتدا با شناسایی و اصلاح این الگوهای شناختی ناکارآمد به این افراد کمک کند تا از افکار غیرمنطقی خود رهایی یابند تا در مراحل بعدی قادر باشند از هیجان‌ات دردناک و منفی خود رهایی یابند و هیجان‌ات مثبت‌تر را تجربه نمایند (۷)؛ بنابراین گروه‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری عمده‌تاً باورهای غیرمنطقی را هدف قرار می‌دهد و این امر می‌تواند به افراد با وسواس فکری- عملی کمک کند تا شناخت‌های تحریف‌یافته خود را اصلاح کنند و با دستیابی به واقع‌بینی بیشتر، بهبود یابند.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کمبود صحنه نمایش، نورپردازی مناسب و صندلی‌های مخصوص روان‌نمایشگری اشاره کرد. از طرف دیگر برای تأثیرگذاری بیشتر روش روان‌نمایشگری، پیشنهاد می‌شود در اجرای فنون روان‌نمایشگری به‌ویژه فن مضاعف از افراد آموزش‌دیده استفاده شود. همچنین باتوجه به اثربخش بودن گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری در پژوهش حاضر می‌توان از این دو روان‌درمانی گروهی به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در جمعیت‌های مشابه مانند افراد با اختلال اضطراب اجتماعی یا افراد با اختلال اضطراب فراگیر استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، مداخلات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی در زنان مبتلا به افسردگی و وسواس فکری- عملی اثربخش‌اند و کاهش معناداری در علائم افسردگی و وسواس فکری- عملی شرکت‌کنندگان، بعد از اجرای هر دو مداخله وجود دارد؛ اما در مقام مقایسه، درمان روان‌نمایشگری اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم افسردگی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری بر کاهش وسواس فکری- عملی دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان رسول‌اکرم (ص) شهر تهران با شماره نامه ۴۴ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این

منابع مالی تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان
نویسنده اول داده‌های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم، در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار
این امر غیرقابل اجرا است.
در دسترس بودن داده‌ها و مواد
بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن از طریق مکاتبه با ایمیل نویسنده مسئول امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. McNally RJ, Mair P, Mugno BL, Riemann BC. Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: A Bayesian network approach. *Psychol Med*. 2017;47(7):1204-14. doi: [10.1017/S0033291716003287](https://doi.org/10.1017/S0033291716003287)
2. Drysdale AT, Grosenick L, Downar J, Dunlop K, Mansouri F, Meng Y, et al. Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression. *Nat Med*. 2017;23(1):28-38. doi: [10.1038/nm.4246](https://doi.org/10.1038/nm.4246)
3. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1154. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2016.2387](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387)
4. Ahn KS, Hong HP, Kweon HJ, Ahn AL, Oh EJ, Choi JK, et al. Correlation between overactive bladder syndrome and obsessive compulsive disorder in women. *Korean journal of family medicine*. 2016;37(1):25-49. doi: [10.4082/kjfm.2016.37.1.25](https://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.1.25)
5. Beaulieu AM, Tabasky E, Osser DN. The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South shore program: an algorithm for adults with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2019;281:112583. doi: [10.1016/j.psychres.2019.112583](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112583)
6. Rector NA, Cassin SE, Richter MA. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with major depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry*. 2009;54(12):846-51. doi: [10.1177/070674370905401208](https://doi.org/10.1177/070674370905401208)
7. Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*. 2013;6(9):579-85. doi: doi.org/10.1177/1755738012471029
8. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):236-46. doi: [10.1016/j.psychres.2014.11.058](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058)
9. Tsuchiyagaito A, Hirano Y, Asano K, Oshima F, Nagaoka S, Takebayashi Y, et al. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder with and without autism spectrum disorder: gray matter differences associated with poor outcome. *Front Psychiatry*. 2017;8:143. doi: [10.3389/fpsy.2017.00143](https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00143)
10. Orkibi H, Feniger-Schaal R. Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications. *PloS ONE*. 2019;14(2):e0212575. doi: [10.1371/journal.pone.0212575](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212575)
11. Moore J, Andersen-Warren M, Kirk K. Dramatherapy and psychodrama with looked-after children and young people. *Dramatherapy*. 2017;38(2-3):133-47. doi: [10.1080/02630672.2017.1351782](https://doi.org/10.1080/02630672.2017.1351782)
12. Dixon C. Family dramatherapy (FDT) and LGBTQ+. *Dramatherapy*. 2018;39(3):186-91. doi: [10.1080/02630672.2018.1514062](https://doi.org/10.1080/02630672.2018.1514062)
13. Sheppard B. Should a dramatherapist disclose their sexual orientation to their clients? Perhaps they should be prepared to. *Dramatherapy*. 2018;39(3):127-40. doi: [10.1080/02630672.2018.1510019](https://doi.org/10.1080/02630672.2018.1510019)
14. Cohen D, Delaroche P, Flament MF, Mazet P. Case report: individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014;62(1):19-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.001>
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11. doi: [10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)
16. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
17. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the dimensional obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment*. 2010;22(1):180-98. doi: [10.1037/a0018260](https://doi.org/10.1037/a0018260)

18. Asadi S, Daraeian A, Rahmani B, Kargari A, Ahmadiani A, Shams J. Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry Research*. 2016;245:416–22. doi:[10.1016/j.psychres.2016.08.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.028)
19. Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and validation of depression-related beliefs scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011;17(3):208–17. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1416-en.html>
20. Free M. *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*. Second Edition. West Sussex, UK: John Wiley & Sons; 2009.
21. Moreno JL. *The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity*. New York: Springer Publishing Company; 1987.