MEJDS. 2021; 11:185.

Published online 2022 Jan. **Original Article**

Psychodrama on feeling of guilt in patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Shirani Bidabadi M[1], *Abedi A[2], Mehryar A[3], Saberi H[4]

Author Address
1. PhD Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Department of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran;
2. PhD of Psychology, Associated Professor, Faculty of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran;
3. PhD of Psychology, Retired Professor, Faculty of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
4. PhD of Exceptional Children Psychology, Assistant Professor, Faculty of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.
Corresponding Author Email: a.abedi@edu.ui.ac.ir

Received: 2020 December 16; **Accepted:** 2021 March 5

Abstract

Backgrund & Objectives: Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a common psychiatric ailment. Although Pharmacotherapy combined with psychotherapy (cognitive–behavioral therapy, exposure and response prevention therapy) are the mainstays of OCD treatment, still a lot of patients do not respond adequately to these treatments. One reason is that the above mentioned treatments do not focus on emotions, interpersonal relationships and intimacy that play important role in psychiatric ailments. The role of emotions in psychiatric ailments has been noticed by researchers in previous studies. Guilt feeling is a very important emotion that has always been considered in the etiology and treatment of OCD. Psychodrama is a form of group psychotherapy which emphasizes on emotions, catharsis and interpersonal relationships. Previous studies have shown the effectiveness of psychodrama in improving psychiatric conditions such as anxiety and mood disorders as well as excoriation (skin picking) as a comorbid disorder with OCD. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of psychodrama on improvement of feeling of guilt in patients with obsessive–compulsive disorder.

Methods: This research was implemented via a quasi–experimental method with pretest–posttest design with contro group. Statistical population were all OCD patients referred to NikAvin psychology and counseling clinic in Isfahan, Iran. 24 OCD patients (16 females and eight males) who were diagnosed with OCD by a psychiatrist and according to the Maudsley Obsessive–Compulsive Inventory (MOCI), were selected by convenience sampling and randomly divided into equal–sized experimental and control groups (n=12). Data were collected before and after the intervention using Guilt Inventory (Asgari, 2009) extracted from revised version of Eysenck Personality Inventory (1985). The experimental group attended in 12 group sessions of psychodrama therapy. Three sessions were held each week for four weeks. The content of the treatment sessions in this study was created and designed by the first author of the article (Shirani) in 2020 in accordance with Moreno's therapeutic techniques and based on the manual of Karp et al. (2005). To evaluate the validity of the psychodrama package, the content validity index (CVI) and the opinion of five university experts were used and its value was 0.8 for all sessions, which indicates the desired CVI according to the cutting points of this index for the package. To analyze the data from descriptive statistics indicators (mean and standard deviation) and from inferential statistics including statistical method of analysis of covariance was used in SPSS software version 23 at a significance level of $p<0.05$.

Results: The results showed that after eliminating the effect of pretest, a significant difference was observed in the variable score of feeling of guilt in the posttest between the experimental group and the control group ($p<0.001$).

Conclusion: It is cocluded that psychodrama therapy has a significant effect on reducing the feeling of guilt in OCD patients. Therefore, it is recommended that this treatment, along with medication or exposure and response prevention therapy be provided to help OCD patients.

Keywords: Obsession, Compulsion, Obsessive–compulsive disorder, Guilt, Psychodrama.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۸۵.

انتشار برخط دی ماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس ـ اجبار

ملینا شیرانی بیدآبادی[۱]، *احمد عابدی[۲]، امیرهوشنگ مهریار[۳]، هایده صابری[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استاد بازنشستهٔ روان‌شناسی بالینی، استادتمام، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی ،واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۴. دکترای تخصصی روان‌شناسی کودکان استثنائی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** a.abedi@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ آذر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس ـ اجبار، اختلالی بسیار ناتوان‌ساز است که به‌صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند. یکی از هیجانات مهم در اختلال وسواس، احساس گناه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس ـ اجبار بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی و مشاورهٔ نیک آوین شهر اصفهان تشکیل دادند که طبق نظر روان‌پزشک و براساس پرسش‌نامهٔ وسواس ـ اجبار مادزلی مبتلا به اختلال وسواس ـ اجبار تشخیص داده شدند. از میان آن‌ها ۲۴ نفر به‌عنوان نمونه به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی و به نسبت مساوی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه دوازده نفر). قبل و بعد از انجام مداخله برای سنجش احساس گناه افراد، از پرسش‌نامهٔ گناه (عسگری، ۱۳۸۸) استفاده شد. جلسات سایکودراما (نمایش‌درمانی) صرفاً برای گروه آزمایش در مدت چهار هفته و هر هفته سه جلسه برگزار شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، در نمرهٔ متغیر احساس گناه تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: سایکودراما موجب کاهش احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس ـ اجبار می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این درمان در کنار درمان‌های دارویی یا درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، برای کمک به بهبودی بیماران وسواسی ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: وسواس، اجبار، اختلال وسواس ـ اجبار، احساس گناه، سایکودراما.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

۱ مقدمه

اختلال وسواس‌ـ‌اجبار[1]، اختلالی بسیار ناتوان‌ساز است که به‌صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند (۱). اختلال وسواس‌ـ‌اجبار شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغال‌های ذهنی و وسواس‌های عملی می‌شود و نیازمند درمان مادام‌العمر است (۲)؛ درحالی‌که افراد مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌اجبار معمولاً تصدیق می‌کنند این تجارب وسواسی محصول ذهن خودشان است، آن‌ها را مغایر با اعتقادات، ارزش‌ها یا تصویر از خود توصیف می‌کنند. اختلال وسواس‌ـ‌اجبار مضامین زیادی به خود می‌گیرد؛ ازجمله ترس از آلودگی یا کفر، تردید در انجام کار (به‌عنوان مثال خاموش‌بودن اجاق گاز، قفل‌بودن درب)، تصاویر آسیب‌رساندن به عزیزان و... . در تلاش برای کاهش اضطراب مرتبط با وسواس، بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌اجبار ساعت‌های بسیاری را وقت تلف می‌کنند یا از محرک‌های برانگیزانندهٔ وسواس‌ـ‌اجبار اجتناب می‌ورزند (۳). در پژوهش‌های زمینه‌شناسی، شیوع آن در طول عمر برای افراد در جمعیت عمومی ۱ تا ۳ درصد گزارش شده است (۴). نشانه‌های اختلال وسواس‌ـ‌اجبار می‌تواند منجربه کیفیت زندگی نامطلوب‌تر، به‌همراه اختلال درخورتوجهی در عملکرد و سازگاری فردی، روانی، اجتماعی و شغلی شود (۵). اختلال وسواس‌ـ‌اجبار به‌طورگسترده‌ای با دیگر مشکلات روان‌پزشکی در جمعیت عادی یا بالینی همایند است. این تظاهرات روان‌پزشکی پیچیده چالشی را برای درمانگرها درجهت شناسایی سبب‌شناسی این مشکل فراهم آورده است (۶).

مطالعات نشان می‌دهد، نقش هیجانات و تجربهٔ درونی آن‌ها و تأثیر هیجانات بر علائم اختلال وسواس‌ـ‌اجبار مدنظر پژوهشگران بوده است (۷). یکی از هیجانات که در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواس‌ـ‌اجبار همواره به آن توجه شده، هیجان احساس گناه است (۸). احساس گناه هیجان خودآگاهی است که پیرو عصیان‌های شخصی برانگیخته می‌شود. مشخص‌شدن احساس گناه با ارزیابی‌های منفی از رفتار (احساس بدبودن رفتار) صورت می‌گیرد (۹). احساس گناه ناشی‌از مسئولیت‌پذیری یا پشیمانی دربارهٔ تخطی یا بدکاری‌ها است. بعد از فراگرفتن اخلاقیات و تقویت و تنبیه برای به‌ترتیب اعمال خوب و بد، ظهور احساس گناه هرچه بیشتر محتمل می‌شود. این امر زمانی رخ می‌دهد که اخلاقیات خشک و دست‌نیافتنی فراخود و منطق خود در تضاد قرار می‌گیرد و محتوای سرکوب‌شدهٔ ناهشیار به هشیاری راه می‌یابد (۱۰)؛ بنابراین زمانی که احساس گناه افراطی باشد، منجربه آسیب‌های روانی می‌شود (۱۱)؛ درحالی‌که احساس گناه بهنجار به افراد کمک می‌کند تا از خطاهای واقعی‌شان که جبران و اصلاح آن‌ها لازم و ضروری است، آگاه شوند. احساس گناه بیمارگون، نیاز شدید برای اطمینان‌طلبی دربارهٔ رفتار یا رویدادی نرمال است که اصلاح و جبران آن نه ضروری و نه حتی مناسب است (۱۲).

نقش احساس گناه در اختلال وسواس‌ـ‌اجبار در مکتب روان‌تحلیلی تبیین شده است. ادبیات روان‌تحلیلی، احساس گناه را به‌عنوان فرایندی خودـ‌مجازاتگر[2] تعریف کرده است که به‌طورکلی در درون فرد درنتیجهٔ نقض استانداردهای اخلاقی ایجاد می‌شود (۱۳). این تحلیلگران که براساس نظریات فروید اختلال وسواس‌ـ‌اجبار را ناشی‌از وجود یک فراخود سخت‌گیر در بیمار می‌دانند، احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌اجبار را به عقدهٔ ادیپ حل‌نشده نسبت می‌دهند. در اختلال وسواس‌ـ‌اجبار ترس‌های ادیپی در ارتباط با مجازات‌شدن توسط والد همجنس به‌سبب عشق کودک به والد جنس مخالف، حل‌نشده باقی می‌ماند و توسط فراخود کنترل می‌شود. این امر، ایجاد تعارض براساس دوسوگرایی بین دو احساس عشق و نفرت دربارهٔ والدین را به‌دنبال دارد. هنگامی‌که این تعارض سرکوب می‌گردد، آثار احساس گناه و اضطراب‌های مربوط به امور اخلاقی، آشکار می‌شود (۱۴). بدین‌ترتیب، افراد دچار اختلال وسواس‌ـ‌اجبار به‌شدت در زمینهٔ ویژگی‌های فردی خود دچار دوسوگرایی هستند؛ ازاین‌رو این افراد افکار مزاحم درونی را به‌منزلهٔ شواهدی از قصور درونی ادراک می‌کنند (۱۵). گایدانو و لیوتی، خوددوسوگرایی را به‌عنوان وجود باورهای متعارض دربارهٔ ویژگی‌های خود، نبود قطعیت و ابهام در زمینهٔ ارزشمندی خود و اشتغال فکری با حقیقت محض دربارهٔ مواضع اخلاقی، محبوبیت و خودارزشمندی تعریف کردند. این نظریه‌پردازان پیشنهاد دادند، افرادی که برای اختلال وسواس‌ـ‌اجبار دارای پیش‌آمادگی هستند، باورهای دوسوگرایانهٔ شدیدی دربارهٔ ارزشمندی خود و به‌ویژه در زمینهٔ پرهیزگاری اخلاقی و محبوبیتشان دارند. گایدانو و لیوتی پیشنهاد کردند، دیدگاه دوسوگرایانه و شکننده دربارهٔ خود احتمال اینکه افکار مزاحم تهدیدآمیز تفسیر شوند را افزایش می‌دهد و درنتیجه منجر به تشدید نشانه‌ها می‌شود. چنین مفهوم‌پردازی شده است که افزایش توجه به افکار مزاحم نقش مهمی در تشدید و تداوم آن ایفا می‌کند (۱۶). مطابق نظر گایدانو و لیوتی، افکار مزاحمِ تکراری و آشفته‌ساز، وسواس‌ها را تشکیل می‌دهند؛ زیرا دوسوگراییِ را فعال می‌کنند. برعکس، رفتارهای اجباری و دیگر راهبردهای خنثی‌سازی به‌عنوان راه‌حلی برای حل خوددوسوگرایی و بازسازی خود ایده‌آل ظاهر می‌شوند (۱۶)؛ بنابراین، از نظر روان‌تحلیلگران علائم اختلال وسواس‌ـ‌اجبار، واکنش‌های دفاعی دربرابر اضطراب ناشی‌از این تعارضات است (۱۷).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رفتارهای اجباری[3] به‌عنوان تلاش‌هایی برای جبران احساس گناه و بنابراین تحت کنترل تهدیدهای ناشی‌از احساس گناه هستند؛ به‌طوری‌که دی‌الیمپیو و مانسینی در مطالعهٔ خود، وقتی از افراد گروه آزمایشی که مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی نبودند درخواست کردند اعمالی را انجام دهند که ارزش‌های اخلاقی شخصی آنان را نقض کرد، آن‌ها رفتارهای اجباری مانند چک‌کردن، شست‌وشوی مکرر، تردید و ناراحتی و شک بیشتری درمقایسه با افراد گروه کنترل نشان دادند (۱۸). مطالعات سایر پژوهشگران نیز بیانگر نقش احساس گناه در اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی (۱۹)، اختلال استرس پس از سانحه (۲۰)، اختلال وسواس‌ـ‌اجبار (۲۱) و اعتیاد

---

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
2. Self-punitive
3. Compulsions

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

(۲۲) بود. لویس عنوان کرد، آمادگی و استعداد[1] داشتن احساس گناه می‌تواند به آسیب‌پذیری دربرابر اختلالات روانی مرتبط با فکر منجر شود؛ مانند اختلال وسواس_اجبار یا پارانویا[2] (۲۳).

تحقیقات انجام‌شده گویای آن است که احساس گناه در اختلال وسواس_اجبار نقش دارد. در این زمینه می‌توان به پژوهش ساویه دربارهٔ نقش احساس گناه در بیماران با اختلال وسواس_اجبار اشاره کرد. او به این نتیجه رسید که احساسات گناه می‌تواند راه‌انداز و پیش‌آیند علائم اختلال وسواس_اجبار یا به‌عنوان نتیجه و پیامد این اختلال باشد و نقش ویژهٔ احساس گناه برای هر بیمار منحصربه‌فرد است (۲۴). دی‌الیمپیو و همکاران در مطالعهٔ خود دریافتند، بیماران مبتلا به اختلال وسواس_اجبار از احساس گناه رنج می‌برند و این مطلب اکیداً به نفرت و انزجار در بیماران مربوط می‌شود (۲۵). شاپیرو و استوارت بیان داشتند، اگرچه احساس گناه متغیر میانجی مهمی در زمینهٔ مشاهدات مربوط به اختلال وسواس_اجبار است، معمولاً در درمان‌های بالینی به این متغیر پرداخته نمی‌شود؛ همچنین اگرچه هنوز کاملاً واضح نیست، احتمال می‌رود که علت بازگشت علائم در بیماران پس از یک دوره روان‌درمانی مؤثر، توجه‌نکردن این درمان‌ها به احساس گناه باشد (۱۲).

اثربخشی بهترین درمان روان‌شناختی فعلی برای اختلال وسواس_اجبار یعنی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بین ۴۵تا۶۰درصد است؛ اما این درمان بدون محدودیت نیست؛ علاوه‌براین، بین ۱۵تا۴۰درصد از افراد به مواجهه و جلوگیری از پاسخ، جواب نمی‌دهند. تقریباً ۲۵درصد از افراد، مواجهه را رد می‌نمایند و ۳تا۱۲درصد دیگر نیز در طول درمان، درمان را رها می‌کنند؛ همچنین، درمان انواع خاصی از اعمال وسواسی، با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دشوار است (۲۶). مطالعات در زمینهٔ علت‌های محدودیت و شکست درمان‌های دارویی و شناختی_رفتاری برای اختلال وسواس_اجبار گزارش کردند، علت رضایت‌بخش‌نبودن و محدودیت این درمان‌ها آن است که رویکردهای درمانی ذکرشده توجه کمتری به هیجانات که نقش مهمی در اختلال‌های روان‌پزشکی ازجمله اختلال وسواس_اجبار دارند، نشان می‌دهند و تأکیدی بر صمیمیت و روابط بین‌فردی ندارند (۲۷). گیسنر و همکاران در پژوهشی در زمینهٔ تجربهٔ احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس_اجبار دریافتند، به احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس باید توجه بیشتری شود و درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ باید با درمان‌هایی که احساس گناه را مدنظر قرار می‌دهند، کامل شوند (۲۸).

شکست درمان‌های شناختی_رفتاری به‌علت توجه کمتر آن‌ها به صمیمیت و روابط بین‌فردی، پژوهشگران علاقه‌مند را متوجه به‌کارگیری درمان‌هایی می‌کند که بیشتر بر عواطف و هیجانات و روابط بین‌فردی بیماران معطوف هستند. این معیار در هنردرمانی به‌منزلهٔ درمانی ابرازگر به‌شکل رضایت‌بخشی برآورده می‌شود. علم روان‌شناسی به جایی رسیده است که می‌تواند از ابزارهای هنری مانند نمایش برای ارتقای سلامت روح و روان افراد استفاده کند (۲۹). از این میان، سایکودراما[3] یکی از شاخه‌های هنردرمانی که نگاهی متفاوت در حوزهٔ روان‌درمانی به‌شمار می‌آید، به‌عنوان ابزاری درمانی در اوایل دههٔ ۱۹۲۰ پیشنهاد شد. سایکودراما، روشی درمانی مؤثر است که به توان‌بخشی بیماران روان‌پزشکی کمک شایانی می‌کند. سایکودراما شکلی از درمان گروهی[4] است که افراد را تشویق می‌کند بیشتر از اینکه تنها دربارهٔ مشکلاتشان حرف بزنند، ازطریق برون‌ریزی[5] و نمایش مسائل خود روی آن‌ها کار کنند. در تعریفی کلی سایکودراما عبارت است از روشی که در جریان آن افراد مشکلات شخصی خود را در یک گروه به نمایش در می‌آورند (۳۰). طرفداران این رویکرد درمانی معتقد هستند، این درمان مؤثرتر از دیگر شکل‌های درمان است؛ چراکه موجب ایجاد تغییر در سطوح هیجانی، رفتاری و شناختی می‌شود (۳۱) و تمامی اعضای گروه، نه فقط بازیگر نقش اول از آن سود می‌برند (۳۲). سایکودراما این توانایی را برای فرد فراهم می‌آورد که از نیروی تخیل و خیال[6] در جریان اجرای نمایش استفاده کند و این موضوع به وی توانایی حضور در موقعیت‌های دنیای واقعی و ابرازگری را در دنیای خارج از نمایش می‌دهد (۳۳). از نظر مورنو و مورنو، خیال یکی از عناصر اصلی هنر است که در اجراهای فردی به‌طور خاص نیز از آن بهره گرفته می‌شود. شرکت در جلسات سایکودراما موجب توانمندی فرد در بازسازی رخدادهای زندگی واقعی و همچنین ایفای صحنه‌هایی می‌شود که هیچ‌وقت رخ نداده است یا شاید هیچ‌وقت رخ ندهد. فرد در ایفای این نقش‌ها قادر خواهد بود امیدها و ترس‌های خود را آشکار سازد و تکالیف نیمه‌تمام خود را تمام کند؛ به‌طوری‌که گویا در دنیای واقعی رخ داده است (۳۴).

در زمینهٔ اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه می‌توان به مطالعهٔ جیاموکی اشاره کرد. او در مطالعه‌ای موردی، سایکودراما را برای احساس گناه، سوگ و اعتیاد اثربخش دانست (۳۵). همچنین مطالعات پیشینهٔ پژوهش حاکی‌از بررسی جنبه‌های درمانی تئاتردرمانی برای آسیب‌دیدگان تروما، توسط کلرمن بود. کلرمن در این پژوهش به اثربخشی تئاتردرمانی بر احساس گناه در حادثه‌دیدگان اشاره کرد (۳۶). در ارتباط با اثربخشی سایکودراما بر اختلال‌های اضطرابی و اختلال وسواس_اجبار، تاراشووا و همکاران سایکودراما را در درمان اختلال‌های اضطرابی به‌کار بردند و به نتایج مطلوبی دست یافتند (۳۷). وانگ و همکاران در مطالعه‌ای فراتحلیل سایکودراما را درمانی اثربخش بر اضطراب و افسردگی افراد معرفی کردند (۳۸). کوهن و همکاران سایکودراما را در درمان یک نمونه اختلال وسواس_اجبار مقاوم به درمان به‌کار گرفتند و چنین گزارش کردند که سایکودراما حتی در دورهٔ پیگیری ده‌ساله نیز دارای ماندگاری اثر است (۳۹)؛ بااین‌حال، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم به احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس_اجبار پرداخته باشد در خارج و داخل کشور در این حیطه

1. Proneness
2. Paranoia
3. Psychodrama
4. Group therapy
5. Externalization
6. Imagination

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

یافت نشد و در این زمینه خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود.
اثربخشی سایکودراما را به پالایش[1] ناشی‌از آن مربوط دانسته‌اند. سایکودراما به بهترین شکل ممکن می‌تواند دو جزء اصلی روان‌درمانی یعنی پالایش و یادگیری[2] پاسخ‌های سازگارانه را به اجرا درآورد (۳۲)؛ چنان‌که به‌نظر می‌رسد این دو جزء یعنی پالایش هیجانی و یادگیری سبک‌های پاسخ‌دهی و رفتاری جدید برای درمان اختلال وسواس‌ـ اجبار، ضروری است (۴۰).
میزان شیوع اختلال وسواس‌ـ اجبار در جمعیت و میزان بدکارکردی ناشی‌از نشانه‌های آن بر اهمیت و ضرورت بررسی رویکردهای جدید درعین‌حال اثربخش در این زمینه می‌افزاید. به‌نظر می‌رسد سایکودراما با فراهم‌آوردن امکان تخلیهٔ هیجانی برای بیماران وسواسی شرایط درمانی خوبی را رقم بزند؛ اما بااین‌حال درمان مذکور در این بیماران به‌ویژه در داخل کشور نادیده گرفته شده است و در این زمینه خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود. پیشینهٔ تحقیقاتی اندکی وجود دارد که شرح دهد چگونه به بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار کمک شود تا بتوانند الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر خود را تشخیص دهند و با آن‌ها مواجه شوند و رفتارهای جدیدتری را تصور و تمرین کنند؛ بنابراین در شرح اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر می‌توان گفت، نویسندگان درصدد به‌کارگیری درمانی بودند که بتواند به‌طور هم‌زمان به پالایش هیجانی و نیز یادگیری پاسخ‌های جدید و علاوه‌بر آن‌ها تحرک و پویایی جسمانی و افزایش روابط اجتماعی و توسعهٔ مهارت‌های اجتماعی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار بپردازد؛ همچنین ازطریق تأثیر بر هیجان احساس گناه و شیوهٔ تجربهٔ این هیجان بتواند به بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار کمک کند. بدین‌ترتیب هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی و مشاورهٔ نیک‌آوین شهر اصفهان تشکیل دادند که طبق نظر روان‌پزشک و براساس خط برش پرسش‌نامهٔ وسواس‌ـ اجبار مادزلی[3]، مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار تشخیص داده شدند. از میان آن‌ها ۲۴ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی و به نسبت مساوی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه دوازده نفر) قرار گرفتند.
ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.
ـ پرسش‌نامهٔ احساس گناه[4]: پرسش‌نامهٔ گناه ارائه‌شده توسط عسکری در سال ۱۳۸۸، شامل سی گویه است که به‌صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شود. هر پاسخ بله ۱ امتیاز و هر پاسخ خیر صفر امتیاز می‌گیرد. این پرسش‌نامه در ایران از خرده‌مقیاس روان‌رنجورخویی فرم تجدیدنظرشدهٔ پرسش‌نامهٔ شخصیت آیزنک[5] (۱۹۸۵) استخراج شد و در جامعهٔ ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شد (۴۱). عسکری برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ را به‌دست آورد و برای سنجش روایی آن، نمرهٔ آن را با نمرهٔ سؤال ملاک همبسته کرد و مشخص شد رابطهٔ معناداری ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۲۸$) بین نمرهٔ پرسش‌نامه و سؤال ملاک وجود دارد (۴۱). در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفا، ۰/۷۲ محاسبه شد.
ـ پکیج سایکودراما: محتوای جلسات درمانی در این پژوهش توسط نویسندهٔ اول مقاله (شیرانی) در سال ۱۳۹۹ مطابق با تکنیک‌های نمایش‌درمانی مورنو و براساس دست‌نامهٔ کارپ و همکاران (۴۲) ایجاد و طراحی شد و به نگارش درآمد. شرح روش و تکنیک‌های جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. اهداف درمانی این پکیج به‌طور کلی به‌کارگیری تکنیک‌های سایکودراما برای بهبود علائم وسواس، خشم و احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجبار است. برای بررسی اعتبار پکیج نمایش‌درمانی (سایکودراما) از شاخص روایی محتوایی[6] و نظر پنج نفر از متخصصان دانشگاه استفاده شد و مقدار آن برای همهٔ جلسات عدد ۰/۸ به‌دست آمد که حاکی‌از شاخص روایی محتوایی مطلوب باتوجه به نقاط برش این شاخص برای پکیج مذکور بود.

جدول ۱. محتوای پکیج سایکودراما

جلسه	آماده‌سازی[7]	اجرا (عمل)[8]
اول	پرتاب توپ درمانگر درحالی‌که توپ را در دست دارد، خودش را معرفی می‌کند. سپس توپ را به یکی از مُراجعان پاس می‌دهد. او نیز باید با در دست گرفتن توپ، خودش را معرفی کند و توپ را به فرد مجاور خود پاس بدهد.	هم‌صدایی[9]: ترانه‌ای انتخاب می‌شود و از افراد خواسته می‌شود به دور صحنهٔ نمایش راه بروند و هم‌صدا باهم آن ترانه را بخوانند. گفت‌وگوی تک‌نفره[10]: گفت‌وگوی هر کدام از افراد دربارهٔ احساسی که هم‌اکنون تجربه می‌کنند.
دوم	حرکات بدنی با موسیقی	نوشتن با دست غیرمسلط[11]: نوشتن با دست غیرمسلط دربارهٔ خاطره‌ای ناخوشایند در کودکی. آلفرد آدلر به خاطرات فی‌البداههٔ بیماران می‌پرداخت.

1. Catharsis
2. Learning
3. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)
4. Guilt Inventory
5. Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)
6. Content validity index (CVI)
7. Warm-up
8. Action
9. Chorus
10. soliloquy
11. Writing with none. dominant hand

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

		اغراق[1]: از بازیگر نقش اول[2] خواسته می‌شود احساس یا هیجانی را که در مرحلهٔ قبل تجربه کرده است، دقیقاً شناسایی کند. سپس در نشان‌دادن آن به دیگران اغراق نماید. ایفای نقش معکوس[3]: درصورتی‌که خاطرهٔ منفی فرد در ارتباط با شخص دیگری است، حالا جای آن‌ها روی صندلی‌ها در صحنه عوض می‌شود. تمرین تنفس
سوم	تکنیک مجسمه[4] درمانگر از کلمات یا عبارات بیان‌کنندهٔ یک حالت، استفاده می‌کند و از افراد می‌خواهد با بدن خود آن حالت را نمایش دهند.	در این مرحله به عامل مهم‌تر آزاردهندهٔ در حال حاضر بیماران پرداخته می‌شود. تک‌گویی: در این مرحله از افراد خواسته می‌شود با صدای بلند دربارهٔ مشکلی که در حال حاضر در حال تجربهٔ آن هستند، صحبت کنند. تکنیک اغراق: هیجانات تجربه‌شدهٔ فرد بزرگ‌نمایی می‌شود. تکنیک آینه[5]: از یکی از افراد گروه که برای انجام این نقش مناسب‌تر است، درخواست می‌شود نقش آینه را برای پروتاگونیست بازی کند و رفتارهای او را منعکس نماید. این تکنیک شبیه تکنیک مشاهدهٔ خود[6] در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است.
چهارم	پرتاب توپ و خواندن مصراع‌های یک شعر	مواجههٔ بیماران با افکار وسواسی آن‌ها تکنیک تک‌گویی: از هریک از افراد خواسته می‌شود فکر یا افکار وسواسی خود را در گروه مطرح کند. تکنیک بدل[7]: بازیگر بدل، پشت سر بیمار قرار می‌گیرد و عنوان یک ایگوی کمکی[8] آنچه بیمار گفته بود، تکرار می‌کند. از پروتاگونیست سؤال می‌شود که وقتی بدل دربارهٔ این افکارش صحبت می‌کند، او چه احساس و چه تفسیری دارد. این تکنیک شبیه تکنیک استاندارد دوگانه[9] در درمان شناختی‌ـ رفتاری عمل می‌کند. تمرین تنفس
پنجم	تکنیک داستان‌سازی[10] درمانگر موضوعی را مطرح می‌کند و از افراد می‌خواهد داستانی کوتاه دربارهٔ این موضوع بنویسند. سپس داستان خود را بخوانند. در این پژوهش موضوع مطرح‌شده، عشق بود و از افراد خواسته شد با خلاقیت ذهنی خود داستان کوچکی دربارهٔ عشق در ذهنشان طراحی کنند و آن را بنویسند.	ایفای نقش[11] پروتاگونیست روی صحنه دربارهٔ افکار وسواسی: این ایفای نقش در سه طبقه از صحنهٔ نمایش انجام می‌شود. پلهٔ اول: در اینجا از پروتاگونیست درخواست می‌شود بگوید چه عواملی سبب راه‌اندازی افکار وسواسی در او می‌شود؛ پلهٔ دوم: از او خواسته می‌شود افکار وسواسی خود را مطرح کند؛ پلهٔ سوم: در اینجا از او درخواست می‌شود بگوید چگونه افکار وسواسی را برای خود تعبیر و تفسیر می‌کند. تمرین تنفس
ششم	تکنیک هم‌صدایی[12]	پلهٔ اول: مواجهه با فکر وسواسی؛ پلهٔ دوم: پرداختن به نحوهٔ تفسیر افکار وسواسی؛ پلهٔ سوم: بازی‌کردن عمل وسواسی روی صحنه. استفاده از تکنیک آینه: از نقش آینه خواسته می‌شود تا مانند آینه این سه مرحلهٔ ذکرشدهٔ قبلی را همراه با پروتاگونیست تکرار کند. تمرین تنفس
هفتم	موسیقی و شعرخوانی	تکنیک خودمحقق‌سازی[13]: از افراد درخواست می‌شود هرکدام بگویند اگر اختلال وسواس‌ـ اجبار نداشتند، چه می‌کردند.

1. Exaggeration
2. Protagonist
3. Role reversal
4. Sculpture
5. Mirror
6. Self monitoring
7. Double
8. Auxiliary ego
9. Double standards
10. Story making
11. Role-playing
12. Chorus
13. Future orojection

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

		در درمان شناختی‌ـ رفتاری نیز درمانگر از بیمار سؤال می‌کند اگر این اختلال روانی را نداشت چه زندگی را برای خود متصور می‌شد. گفت‌وگوی قطبیت‌ها: گفت‌وگو بین دو بخش از بیمار: بخشی که درمان را می‌خواهد و بخشی که نمی‌خواهد.
هشتم	استفاده از جملات متقاطع و پای‌کوبی	ایفای نقش پروتاگونیست: از پروتاگونیست خواسته می‌شود آرزوهایش را روی صحنهٔ نمایش بازی کند. شبیه به تکنیک (انگار که[1]...) آدلر
نهم	موسیقی و پای‌کوبی	معنادهی مجدد به افکار وسواسی استفاده از تکنیک بدل: از بازیگر نقش بدل درخواست می‌شود پشت سر پروتاگونیست بایستد. حالا پروتاگونیست همان تفسیرهای فاجعه‌آمیز قبلی را برای افکارش با صدای بلند عنوان می‌کند. سپس بدل، تفسیرها و معانی جدید را بازگو می‌نماید.
دهم	استفاده از تکنیک مجسمه	در این مرحله، جلوگیری از پاسخ[2] تمرین می‌شود. ایفای نقش پروتاگونیست روی صحنه پلهٔ اول: افکار وسواسی را فراخوانی می‌کند؛ پلهٔ دوم: همان تفسیرهای فاجعه‌بار را برای فکر وسواسی مطرح می‌کند؛ پلهٔ سوم: درمانگر از او می‌خواهد که عمل وسواسی را انجام ندهد و با اضطراب ناشی‌از فکر وسواسی، بماند. تمرین تنفس تکنیک آینه: از بازیگر آینه خواسته می‌شود در کنار پروتاگونیست قرار بگیرد و فکر وسواسی پروتاگونیست را بدون انجام عمل وسواسی تداعی کند.
یازدهم	تکنیک غول چراغ جادو[3] طبق این تکنیک از هر کدام از افراد خواسته می‌شود تصور کنند غول چراغ جادو اکنون دربرابر آن‌ها ظاهر شده است و آن‌ها تنها می‌توانند یکی از آرزوهایشان را از او بخواهند. در این صورت هرکدام از آن‌ها چه آرزویی می‌کنند؟ استفاده از این تکنیک علاوه‌بر آماده‌سازی، سبب ایجاد اعتمادبه‌نفس و خلاقیت و خودجوشی در افراد می‌شود.	این جلسه تلفیق جلسات نهم و دهم است. تکنیک داستان‌سازی: از هریک از اعضای گروه خواسته می‌شود داستانی را دربارهٔ خود طراحی کنند؛ با این مضمون که افکار وسواسی باز هم به ذهن آن‌ها می‌آیند، ولی این بار افراد به‌شیوهٔ دیگری این افکار را برای خود معنا می‌کنند.
دوازدهم	موسیقی و شعرخوانی	مرور و جمع‌بندی جلسات گذشته صورت می‌گیرد.
مشارکت[4]	از افراد سؤال می‌شود بدون پاسخ‌دادن به پرسش‌نامه‌ها آیا فکر می‌کنند درمان بر اختلال وسواس‌ـ اجبار آن‌ها مؤثر بوده است. همچنین هرکدام 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[5] را دربارهٔ دیگر اعضای گروه به یکدیگر انتقال می‌دهند. در آخرین دقایق جلسهٔ پایانی از افراد خواسته می‌شود هر کدام روی وایت‌برد گوشهٔ سالن نمایش، نقاشی دلخواه خود را ترسیم کنند و پایین آن نام خود را بنویسند. درمانگر متذکر می‌شود که نقاشی باقی خواهد ماند. این مطلب به افراد کمک می‌کند که دنباله‌ای ذهنی یا رشتهٔ پیوستگی با جلسات درمان، درمانگر و اعضای گروه در آخرین جلسه، ایجاد کنند.	

افراد در هر دو گروه تحت درمان با دارو قرار داشتند. قبل از انجام مداخله از تمامی افراد پیش‌آزمون گرفته شد که این مرحله با استفاده از مقیاس احساس گناه (۴۱) انجام گرفت. صرفاً افراد گروه آزمایش در کنار دارودرمانی، به‌مدت دوازده جلسه در جلسات سایکودراما (نمایش‌درمانی) که درمانی گروهی است، شرکت کردند. برگزاری جلسات در طول مدت چهار هفته و هر هفته سه جلسه بود. در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه‌ماندن و رازداری رعایت شد. بیماران به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام کردند و برای اعلام رضایت کتبی، فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود به پژوهش به آن‌ها ارائه شد که پاسخ دهند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی شامل روش آماری تحلیل کوواریانس به‌شرط برقراری پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن (با استفاده از آزمون آماری کولموگروف‌اسمیرنف)، همگنی واریانس‌های خطا (با استفاده از

1. As if
2. Response prevention
3. Magic Genie
4. Sharing
5. Feedback

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

آزمون آماری لون)، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

دامنهٔ سنی افراد نمونه در پژوهش حاضر ۲۰ تا ۳۵ سال بود؛ به‌طوری‌که در هر کدام از گروه‌های آزمایش و گواه هشت زن و چهار مرد قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای متغیر احساس گناه تأیید شد ($p>۰/۰۵$). برابری واریانس‌ها نیز یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بود که با آزمون لون بررسی شد. نتیجه نشان داد، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برقرار بود ($p=۰/۱۴۲$).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر احساس گناه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۱۷/۷۵	۳/۹۸
		گروه کنترل	۱۳/۵۰	۶/۷۶
	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۱/۰۸	۲/۸۱
		گروه کنترل	۱۳/۰۰	۶/۶۷

براساس جدول ۲، میانگین نمرهٔ متغیر احساس گناه در گروه آزمایشی سایکودراما در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما در گروه گواه این کاهش درخورتوجه نبود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر احساس گناه

مقیاس	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
احساس گناه	پیش‌آزمون	۱۷۲/۸۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۲
	گروه	۵۴/۹۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۳

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، در نمرهٔ متغیر احساس گناه تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌اجبار بود. نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، سایکودراما بر کاهش احساس گناه بیماران اثربخش بود. همان‌گونه که در مقدمه اشاره شد، پیشینهٔ تحقیقاتی موجود در زمینهٔ مطالعهٔ اثربخشی سایکودراما بر احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌اجبار خلأ پژوهشی را نشان می‌دهد و تحقیقی از این نظر همسو یا ناهمسو با پژوهش حاضر یافت نشد؛ اما به‌طورکلی می‌توان گفت، نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات زیر همسوست: جیاموکی، سایکودراما را برای احساس گناه، سوگ و اعتیاد اثربخش دانست (۳۵)؛ کلرمن به اثربخشی تئاتردرمانی بر احساس گناه اشاره کرد (۳۶)؛ تاراشووا و همکاران سایکودراما را در درمان اختلال‌های اضطرابی به‌کار گرفتند (۳۷)؛ وانگ و همکاران سایکودراما را درمانی اثربخش بر اختلال‌های خُلقی و اضطرابی معرفی کردند (۳۸)؛ کوهن و همکاران سایکودراما را به‌عنوان درمانی اثرگذار بر اختلال وسواس‌ـ‌اجبار دانستند (۳۹).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت که ران، اثربخشی سایکودراما را بر احساس گناه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه‌اش، به ایجاد فضای خودـ‌ابرازگری[1]، مواجههٔ انسانی[2]، حمایت دوجانبه[3] و مشارکت مربوط می‌داند. همچنین ران بر نقش ویژهٔ تکنیک بدل[4] در این زمینه تأکید دارد. او معتقد است، تکنیک بدل سبب می‌شود افکار و احساسات شرکت‌کنندگان در فضای گروه انعکاس یابد. به‌علاوه تکنیک بدل تفسیر را تسهیل می‌کند و موجب می‌شود مشارکت‌کنندگان احساس کنند به‌شیوهٔ بهتری درک می‌شوند. تکنیک بدل به افراد کمک می‌کند خود را ابراز کنند و شفافیت را در شرایط آشفته و مبهم افزایش می‌دهد؛ همچنین اضطراب را کم می‌کند و همانندسازی اعضا را امکان‌پذیر می‌سازد و سبب افزایش همدلی و نزدیکی بین اعضای گروه می‌شود (۴۳). هولمز اشاره داشت، مورنو بیان می‌کند به پروتاگونیست اجازه می‌دهد با تعارضات سرکوب‌شدهٔ خود روبه‌رو شود و فضای گروهی سایکودراما را فضایی حمایت‌کننده و امن بیابد. او معتقد بود تکنیک بدل، همدلی و احساس نزدیکی و درک متقابل بین اعضا را افزایش می‌دهد (۴۴). کلرمن اثربخشی سایکودراما را برای این گروه از افراد به اجرای دوباره[5] (به نمایش درآوردن صحنه‌های گذشته)، بازسازی‌های شناختی، تخلیهٔ انرژی، انجام تکنیک‌های ماورای واقعیت[6]، حمایت بین‌فردی و انجام آیین‌های درمانی در سایکودراما که چارچوبی کل‌نگر را به‌وجود می‌آورند، مربوط می‌داند. به‌اعتقاد کلرمن، مبانی نظری سایکودراما چندبُعدی است. ازطرفی به ابعاد عاطفی‌ـ

1. Self-expression
2. Human encounter
3. Mutual support
4. Double
5. Re-enactment
6. Surplus reality

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

درونی و ازسویی به ابعاد بین فردی–اجتماعی می‌پردازد. کاربرد تکنیک‌ها در این روش درمانی به‌صورت التقاطی است که این سایکودراما را به درمانی قدرتمند درجهت حل‌وفصل احساس گناه تبدیل می‌کند (۴۵). جیاموک‌کی و مارکویت اثربخشی سایکودراما را در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، به حرکات و ابرازهای غیرکلامی در این درمان مرتبط می‌دانند (۴۶).

با استناد بر نظر نظریه‌پردازان این حوزه و پیشینهٔ تحقیقات موجود که شرح آن گذشت، سایکودراما روشی روان‌درمانی است که برای روابط بین‌فردی، خاطرات و هیجانات افراد اهمیت قائل می‌شود و در مرحلهٔ اجرا یا عمل[1] به آن‌ها می‌پردازد. ازآنجاکه خاستگاه و منشأ احساس گناه به‌عنوان یک هیجان، به روابط بین‌فردی و خاطرات گذشتهٔ افراد یا تعاملات کنونی آن‌ها با دیگران یا نقض ارزش‌های اخلاقی آنان به‌صورت خیالی یا واقعی مربوط می‌شود، می‌توان گفت که تکنیک‌های سایکودراما به‌خوبی به این موارد می‌پردازند و ازطریق پالایش هیجانی یا بازسازی‌های شناختی در کاهش هیجانات ناخوشایند مؤثر واقع می‌شوند. به‌طور مثال، در اجرای تکنیک معکوس‌سازی نقش، بیمار این فرصت را پیدا می‌کند تا بتواند تصویر روشن‌تری از نیازها و رفتارها و دنیای ذهنی شخص مقابل خود داشته باشد؛ همچنین بتواند از تأثیر رفتارها و واکنش‌های خود بر شخص مقابل آگاهی بیشتری کسب کند و این بازسازی شناختی را تسهیل می‌نماید. پالایش هیجانی نیز در جریان انجام تکنیک‌هایی مانند نوشتن خاطرات ناخوشایند یا اغراق در نشان‌دادن هیجانات در تعاملات بین‌فردی گذشتهٔ افراد، اتفاق می‌افتد (تکنیک اغراق مواجهه با هیجانات ناخوشایند و آزاردهنده را که بیمار معمولاً تمایلی به روبه‌روشدن با آن‌ها ندارد، افزایش می‌دهد). به‌علاوه سایکودراما، روشی درمانی فراتر از کلام و گفت‌وگوهای کلامی بین مُراجع و درمانگر است. این روش درمانی از قدرت ذهنی انتزاع که فراکلامی است، استفاده می‌کند. این امر سبب می‌شود سایکودراما، درمانی نافذ و قدرتمند و در بعضی شرایط بالینی، درمقایسه با درمان‌های دیگر، درمانی زوداثر باشد و بر هیجانات ناخوشایند مانند احساس گناه که بیماران وسواس معمولاً تمایلی به کلامی‌کردن آن ندارند، تأثیر بگذارد.

به‌طور کلی می‌توان گفت، طبق یافتهٔ پژوهش حاضر، سایکودراما بر کاهش احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس–اجبار تأثیر معنادار داشته است. به‌نظر می‌رسد که احساس گناه و علائم اختلال وسواس–اجبار چرخه‌ای معیوب را تشکیل می‌دهند؛ به‌طوری‌که افزایش احساس گناه در بیماران، علائم اختلال وسواس–اجبار را شدت می‌بخشد و برعکس. چنین به‌نظر می‌رسد که احساس گناه، مسئولیت‌پذیری افراطی را به‌عنوان یکی از ابعاد اختلال وسواس–اجبار افزایش می‌دهد (۴۷). بدین‌معنا که هرچه احساس گناه بیشتر باشد، مسئولیت‌پذیری افراطی نیز بیشتر است. به‌طور تلویحی می‌توان نتیجه گرفت که افزایش احساس گناه سبب وخیم‌ترشدن علائم اختلال وسواس–اجبار می‌شود و اگر درمانی بتواند احساس گناه را در بیماران وسواسی کاهش دهد، بالطبع در کاهش علائم اختلال وسواس–اجبار نیز مؤثر خواهد بود. به‌طور کلی، می‌توان گفت پالایش هیجانی و نیز بازسازی‌های شناختی که در جریان درمان گروهی سایکودراما برای بیماران صورت گرفته است، مسئولیت‌پذیری افراطی و بیمارگون و احساس گناه را در آنان کاهش می‌دهد.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌های بود؛ ازآنجاکه این پژوهش روی افراد مبتلا به اختلال وسواس–اجبار در منطقهٔ پنج شهر اصفهان انجام شد، باید در تعمیم نتایج به افراد و شهرهای دیگر احتیاط کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی، کنترل‌نشدن شدت بیماری، همایندی احتمالی اختلال وسواس با اختلالات دیگر در بیماران و مدت درمان‌های دریافت‌شدهٔ افراد نمونه پیش از شرکت در تحقیق و نیز تعداد کمتر بیماران مرد درمقایسه با بیماران زن اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به‌کارگیری مصاحبهٔ عمیق به بررسی اختلال وسواس–اجبار و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر آن بپردازند. توصیه می‌شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی‌اقتصادی متفاوت صورت گیرد. همچنین از تلویحات کاربردی پژوهش حاضر، اثربخشی سایکودراما بر کاهش هیجان ناخوشایند احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس–اجبار بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، این درمان در کنار درمان‌های دارویی یا درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، برای کمک به بهبودی بیماران وسواسی ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافتهٔ پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که سایکودراما موجب کاهش احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس–اجبار می‌شود. در سایکودراما به بیمار مبتلا به اختلال وسواس–اجبار کمک می‌شود تا با تجسم و بازی‌کردن وسواس‌هایش به‌جای فقط صحبت‌کردن دربارهٔ آن‌ها مسئله را بازنگری کند و برای آن راه‌حل مناسب بیابد. فرد با درگیرشدن در سطح فعالیت‌های رفتاری، به دنیای درونی و عاطفی خود پذیرش و دسترسی آسان‌تری پیدا می‌کند. به عبارت دیگر هنگامی که تفکری تجسم می‌یابد تا دیگران نظاره‌گر آن باشند و فرد نیز آن را می‌پذیرد، واقعی‌تر به‌نظر می‌رسد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم مرکز و دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد؛ همچنین پروتکل تحقیق در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه شیراز به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل

[1]. Action

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با شماره ثبت کارآزمایی IRCT20200414047068N1 است. همچنین اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر نویسندهٔ اول مراحل اجرایی و آمادگی پیش‌نویس مقاله، نویسندهٔ دوم بازبینی و اصلاح مقاله به‌لحاظ علمی و محتوایی، نویسندهٔ سوم انجام قسمت آماری و نویسندهٔ چهارم بازبینی و اصلاح مقاله به‌لحاظ روش تحقیق را بر عهده داشتند.

References

1. Wootton BM, Tolin DF. Obsessive–compulsive disorder. In: Friedman HS; editor. Encyclopedia of Mental Health. Second edition. Oxford: Elsevier Academic Press; 2016.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013.
3. Chasson GS, Weingarden H, Wilhelm S. Obsessive-compulsive disorder. In: Elsevier Pub; editor. Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology. Elsevier publication; 2017. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.00712-4
4. Mattina GF, Steiner M. The need for inclusion of sex and age of onset variables in genetic association studies of obsessive–compulsive disorder: overview. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2016;67:107–16. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.01.012
5. Pearcy CP, Anderson RA, Egan SJ, Rees CS. A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive–compulsive disorder: is therapeutic contact key to overall improvement? J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016;51:74–83. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.007
6. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, Do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: results from a large multicentre clinical sample. J Affect Disord. 2016;190:508–16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051
7. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. Clin Psychol Rev. 2014;34(3):256–71. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.003
8. Mancini F, Gangemi A. Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015;49:157–63. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003
9. Turan N, Cohen TR. Shame and guilt. In: Friedman HS; editor. Encyclopedia of mental health. Second edition. Oxford: Elsevier Academic Press; 2016. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00067-7
10. Gellis A, Hamud MIL. Sense of guilt in freudian work: universal and unconscious. Psicol USP. 2011;22(3):635–54. https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000020
11. Weiss J. Notes on unconscious guilt, pathogenic beliefs and the treatment process. San Francisco: The Psychotherapy Research Group; 1983.
12. Shapiro LJ, Stewart ES. Pathological guilt: a persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. Ann Clin Psychiatry. 2011;23(1):63–70.
13. Tomkins S. Affect, imagery, consciousness: volume I: the positive affects. New York: Springer Publishing; 1962.
14. Sechaud E. Neurosis: psychoanalytical perspectives. Clinical and Projective Psychology. 1988;4:5–21.
15. Bhar SS, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2007;45(8):1845–57. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.005
16. Guidano V, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders : a structural approach to psychotherapy (the guilford clinical psychology and psychopathology series). New York: Guildford Press; 1983.
17. Stafford-Clark D. What Freud really said. Baltimore: Penguin Books; 1965.
18. D'Olimpio F, Mancini F. Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder–like checking and washing behaviors. Clin Psychol Sci. 2014;2(6):727–39. https://doi.org/10.1177/2167702614529549
19. Berrios GE, Bulbena A, Bakshi N, Dening TR, Jenaway A, Markar H, et al. Feelings of guilt in major depression: conceptual and psychometric aspects. Br J Psychiatry. 1992;160(6):781–7. https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.781
20. Bub K, Lommen MJJ. The role of guilt in posttraumatic stress disorder. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(1):1407202. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1407202
21. Thyer BA. Remorse and guilt in obsessive-compulsive disorder: description and behavioral treatment. The Psychotherapy Patient. 1989;5(1–2):95–111. http://dx.doi.org/10.1300/J358v05n01_09
22. Meehan W, O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Momson A, Acampora A. Guilt, shame, and depression in clients in recovery from addiction. J Psychoactive Drugs. 1996;28(2):125–34. https://doi.org/10.1080/02791072.1996.10524385

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

23. Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. First edition. New York: International Universities Press; 1971.
24. Savoie D. A Phenomenological investigation of the role of guilt in obsessive-compulsive disorder [PhD dissertation]. Saskatoon: Department of Psychology, University of Saskatchewan; 1994.
25. D'Olimpio F, Cosentino T, Basile B, Tenore K, Gragnani A, Mancini F. Obsessive-compulsive disorder and propensity to guilt feelings and to disgust. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. 2013;10(3, Suppl 1):20–9.
26. Danaei Sij Z, Manshaee G, Nadi M. The effectiveness of schema group therapy on attachment styles (secure, insecure anxiety & insecure avoidance) and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. J Birjand Univ Med Sci. 2018;25(3):181–92. [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-2414-en.html
27. Foroutan S, Heidary A, Askary P, Nadery F, Ebrahimi Moghaddam H. The effect of functional analytic psychotherapy on improving depression and communication skill in patients with obsessive compulsive disorder. Journal of Psychological Science. 2018;17(69):611–7. [Persian]
28. Geissner E, Knechtl LM, Baumert A, Rothmund T, Schmitt M. Guilt experience in patients with obsessive-compulsive disorder. Behavioral therapy. 2019;1–8. https://doi.org/10.1159/000503907
29. Amraei M. Psychodrama. Tehran: Danjeh; 2016.
30. Bender W. Kapitel 29: Psychodrama. In: Martius P, Von Spreti F, Henningsen P; editors. Art therapy for psychosomatic disorders. Second edition. Munich: Elsevier; 2019.
31. Cruz A, Sales CMD, Alves P, Moita G. The core techniques of morenian psychodrama: a systematic review of literature. Front Psychol. 2018;9:1263. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263
32. Dayton T. The drama within: psychodrama and experiential therapy. First edition. Florida: Health Communications, Inc; 1994.
33. Orkibi H. Positive psychodrama: a framework for practice and research. Arts Psychother. 2019;66:101603. https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101603
34. Moreno JL, Moreno ZT. Psychodrama. Malvern: North-West Psychodrama Association; 2011.
35. Giacomucci S. Addiction, traumatic loss, and guilt: a case study resolving grief through psychodrama and sociometric connections. Arts Psychother. 2020;67:101627. https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101627
36. Kellermann N. The therapeutic aspects of psychodrama with traumatized people. In: Kellerman PF, Hudings MK; editors. Psychodrama with trauma survivors: acting out your paoin. Jessica Kingsly; 2000.
37. Tarashoeva G, Marinova P, Kojuharov H. Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders – final results. Int J Psychoanal. 2017;21(2):55–66.
38. Wang Q, Ding F, Chen D, Zhang X, Shen K, Fan Y, et al. Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: a meta-analysis based on Chinese samples. Arts Psychother. 2020;69:101661. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101661
39. Cohen D, Delaroche P, Flament MF, Mazet P. Case report: Individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. Neuropsychiatry of Childhood and Adolescence. 2014;62(1):19–21. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.001
40. Nichols MP, Bierenbaum H. Success of cathartic therapy as a function of patient variables. J Clin Psychol. 1978;34(3):726–8. https://doi.org/10.1002/1097-4679(197807)34:3<726::aid-jclp2270340330>3.0.co;2-x
41. Asgari P. Manual of psychological tests battery. Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz Publications; 2009.
42. Karp M, Holmes P, Bradshaw Tauvon K. The handbook of psychodrama. First edition. London: Routledge; 2005.
43. Ron Y. Psychodrama's role in alleviating acute distress: a case study of an open therapy group in a psychiatric inpatient ward. Front Psychol. 2018;9:2075. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02075
44. Holmes P. Psychodrama: inspiration and technique. London: Routledge 1990.
45. Kellermann PF. Towards an integrative approach to group psychotherapy: an attempt to integrate psychodrama and psychoanalytic group psychotherapy. The International Forum of Group Psychotherapy. 1995;3(4):6–10.
46. Giacomucci S, Marquit J. The effectiveness of trauma-focused psychodrama in the treatment of PTSD in inpatient substance abuse treatment. Front Psychol. 2020;11:896. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00896
47. Berndsen M, Manstead ASR. On the relationship between responsibility and guilt: antecedent appraisal or elaborated appraisal?: guilt and responsibility. Eur J Soc Psychol. 2007;37(4):774–92. https://doi.org/10.1002/ejsp.397

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]