

اثرسنجی سایکودراما در درمان دزدی مرضی (کلپتومانیا) - مورد پژوهی

مهدی پوررضائیان*

چکیده

بر اساس DSM-5 کلپتومانیا یک اختلال کنترل تکانه است که با ناتوانی در مقاومت در برابر تکانه دزدی مشخص می‌شود. اگرچه روش درمانی شناختی-رفتاری در مورد این اختلال به کار رفته است، اما معمولاً از دارودرمانی استفاده می‌شود. بر اساس پژوهش‌های محقق، از روش سایکودراما که روشی در روان‌درمانی با یک شکل نمایشی است، تا به حال برای درمان این اختلال استفاده نشده است. بنابراین، مهم‌ترین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی سایکودراما در درمان دزدی مرضی است. در این پژوهش از طرح تک‌آزمودنی (A-B) استفاده شد و مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا به کار رفت. درمانجو، دختری ۱۱ ساله بود که با نشانه‌های کلپتومانیا به درمانگر معرفی شد. طول درمان این مراجع، هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) بود. بعد از جلسات درمان، جلسات پیگیری نیز انجام شد. نمره درمانجو در پیش‌آزمون ۳۴ بود که در مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا، نمره بسیار بالایی است. در پس‌آزمون، نمره او به ۱۱ کاهش یافت که نشان‌دهنده ایجاد تغییری محسوس در وضعیت او است. گزارش‌های درمانجو و مادرش از افکار و رفتارهای مربوط به دزدی در جلسات پیگیری نیز حاکی از کاهش بارز نشانه‌های کلپتومانیا بودند. بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که روش سایکودراما در درمان کلپتومانیا مؤثر است. در نتیجه مهم‌ترین پیشنهاد پژوهش حاضر، استفاده از این روش روان‌درمانی در پژوهش‌ها، به قصد آزمون اثربخشی آن و اطمینان از تعمیم نتایج و در جلسات درمانی با هدف روان‌درمانی است.

کلید واژه‌ها :

کلپتومانیا؛ سایکودراما

* استادیار دانشگاه شاهد، دارای دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی

مقدمه

بر اساس DSM-5، کلیتومانیایک اختلال کنترل تکانه است که با ناتوانی در مقاومت در برابر تکانه دزدی مشخص می‌شود. در اغلب مواقع فرد به‌اشیائی که می‌دزدد نیازی ندارد و همچنین هیچ انگیزه خاصی برای این کار در او وجود ندارد. کلیتومانیایک تنش روزافزون منجر به دزدی و احساس رضایت یا خشنودی پس از دزدی همراه است. دزدی‌ها در این اختلال با توهّمات یا احساسات خشم و انتقام همراه نیستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳). بر اساس تحقیقات انجام شده، کلیتومانیایک همواره با مداخله روش‌های شناختی رفتاری، تحت درمان قرار گرفته است. به نظر می‌رسد دلیل مهم انتخاب این روش‌ها، کاربرد گسترده و گزارش اثربخشی آن‌ها در درمان اختلالات رایج روان‌شناختی (بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم و پورشهریاری، ۱۳۸۹؛ ابوالمعالی الحسینی، مهران، منادی، خسروی و ناظرزاده کرمانی، ۱۳۸۸؛ حاجتی، اکبرزاده و خسروی، ۱۳۸۷) و به ویژه اختلالات رفتاری شبیه به اختلالات کنترل تکانه باشد. اگرچه روش درمان شناختی رفتاری درباره این اختلال به کار رفته است و رایج‌ترین درمان روان‌شناختی برای کلیتومانیایک است (هادگینز و پدن، ۲۰۰۸؛ گرن^۲ و اودلاگ^۳، ۲۰۰۸؛ کهن^۴، ۲۰۰۶؛ کهن و آنتونکیو^۵، ۲۰۰۲). اما معمولاً از دارودرمانی به ویژه داروهایی مثل مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۶ (مخصوصاً در مورد نشانه‌هایی که به نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی شبیه هستند) (بالتاسیوگلو، اسیزوگلو، ینیلمز و کاپتانوگلو^۷، ۲۰۱۵)، لیتیوم^۸ (گرن^۲ و اودلاگ، ۲۰۰۸)، نالتراکسون^۹ (گرن^۲، کیم^{۱۰} و اودلاگ، ۲۰۰۹) و ممانتین^{۱۱}، که معمولاً در درمان آلزایمر استفاده می‌شود (گرن^۲، اودلاگ، شریبر^{۱۲}،

-
1. American Psychiatric Association (APA)
 2. Grant
 3. Odlaug
 4. Kohn
 5. Antonuccio
 6. selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
 7. Baltacioglu, Essizoglu, Yenilmez & Kaptanoglu
 8. lithium
 9. naltrexone
 10. Kim
 11. memantine
 12. Schreiber

کمبرلین^۱ و کیم، ۲۰۱۳). بر اساس پژوهش‌های محقق، تا به حال از روش درمانی سایکودراما برای درمان این اختلال استفاده نشده است. سایکودراما روشی در روان‌درمانی با یک شکل نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران و مراجعان با استفاده از فنون تئاتری، ریشه‌یابی و حل و رفع می‌شود (پوررضائیان، ۱۳۹۱). این روش درمانی توسط مورنو^۲ ابداع و از سال ۱۹۷۴ به یکی از مکاتب روان‌درمانی مهم تبدیل شد و در سراسر جهان مورد اجرا و بهره‌برداری قرار گرفت. او سایکودراما را «علم کشف حقیقت» خوانده است (هولمز^۳، ۲۰۱۴). از سایکودراما به عنوان یک روش روان‌درمانی با رویکرد بالینی مبتنی بر ایفای نقش می‌توان در درمان‌های گروهی، مشاوره‌های فردی و خانواده‌درمانی استفاده کرد. بسیاری از پژوهندگان سایکودراما در گزارشات موردپژوهانه خود اعلام کرده‌اند که ایفای نقش، فرمی از شبیه‌سازی‌های رفتاریست که بدون تردید می‌تواند به عنوان یک روش یادگیری و مرور نمایشی، به کار گرفته شود (کری^۴، ۲۰۱۵؛ انلو^۵، ۲۰۱۵؛ مورنو، ۲۰۱۴؛ مورنو، بلامکوویست و روتزل^۶، ۲۰۱۴). این روش درمانی با استفاده از تکنیک‌های منحصر به فرد خود سعی در شناخت علل زیربنایی مشکلات و بیان آن‌ها از طریق اجرای نمایش است. البته، منظور از نمایش در سایکودراما همان نمایشی نیست که روی صحنه‌ها اجرا می‌شود و دارای متن خاصی است که توسط بازیگران به نمایش گذاشته می‌شود، بلکه نمایش در سایکودراما صرفاً یک وسیله برای ابراز احساسات و هیجانات و همچنین بازنمایی خاطرات مشکل‌زا است. مهم‌ترین تکنیک‌های سایکودراما عبارت هستند از: سولیلوکی یا تک‌گویی^۷ (صحبت کردن یکنواخت و یک نفره مراجع با خودش)، روش معرفی کردن خود^۸ (در این روش، مراجع، خودش، مادرش، پدرش، برادرش، معلمش و یا هر عضو دیگری از دنیای خود را با توجه به مسائل متمرکز در ذهن خود معرفی می‌کند به طوری که خودش نقش دیگران را هم بازی

-
1. Chamberlain
 2. Moreno
 3. Holmes
 4. Corey
 5. Enelow
 6. Blomkvist & Rutzel
 7. soliloquy
 8. self-presentation

می‌کند.، تحقق خویشتن با ایفای نقش^۱ (مراجع با همراهی چند شخص یاور، وضعیت زندگی خود را به نمایش می‌گذارد)، روش مضاعف یا همانندی^۲ (در این تکنیک، شخص یاور نقش خود مراجع را بازی می‌کند و تمام حرکات، فعالیت‌ها و رفتارهای او را همانندسازی می‌نماید. او معمولاً شروع‌کننده صحبت است و در حالی که انگار دارد با خودش حرف می‌زند، مراجع جواب او را می‌دهد. این روش برای نفوذ در حیطه مشکلات و منازعات درونی بیمار به کار برده می‌شود. شایان ذکر است که نقش شخص یاور در این جا با نقش او در سایر تکنیک‌ها متفاوت است. شخص یاور در این جا سعی می‌کند بیش‌ترین همانندی را با مراجع حاضر پیدا کند، در حالی که در سایر تکنیک‌ها نقش کسی را بازی می‌کند که غایب است.، آینه^۳ (وقتی بیمار قادر نباشد نقش خود را به صورت صحبت کردن یا عمل، اجرا کند، یک شخص یاور نقش او را بازی می‌کند. در حالی که بیمار در قسمت تماشاچیان می‌نشیند، شخص یاور به عنوان بیمار وارد صحنه می‌شود و رفتار او را کاملاً به صحنه می‌آورد و طرح‌ها و نقشه‌های عمل او را عیناً به نمایش می‌گذارد و همانند یک آینه به بیمار نشان می‌دهد که دیگران چگونه او را مشاهده کرده و می‌شناسند.، تعویض نقش^۴ (در این تکنیک، مراجع در یک موقعیت بین فردی، نقش خود را با نقش فرد دیگری تعویض می‌کند. مثلاً مراجع نقش مادرش را بازی می‌کند و مادرش نقش او را. بدین ترتیب ادراکات نادرست در روابط بین فردی می‌تواند به سطح شعور و آگاهی آورده شوند و بررسی و تصحیح شوند.، نمایش آینده^۵ (در این شیوه مراجع در عمل نشان می‌دهد که درباره آینده خود چگونه می‌اندیشد. او یک زمان و مکان خاص و افرادی را که فکر می‌کند در آینده او شرکت دارند در نظر می‌گیرد و بعد این موضوعات را به صحنه می‌آورد.، صندلی خالی^۶ (در این روش، مراجع فرض می‌کند که فردی مهم، اما اکنون غایب، روی یک صندلی خالی، در مقابل او نشسته است. مراجع در ادامه با آن فرد شروع به صحبت کردن می‌کند. و فروشگاه جادویی^۷ (از این روش که معمولاً در شروع کار و

-
1. self-realization
 2. double
 3. mirror
 4. role-reversal
 5. future projection
 6. empty chair
 7. magic shop

آماده‌سازی استفاده می‌شود، برای ایجاد تعاملات تخیلی بهره‌گیری می‌شود. در فروشگاه جادویی یک نفر نقش فروشنده را بازی می‌کند و دیگری نقش خریدار را، و آنچه که خریده می‌شود معمولاً یک چیز تجسمی مثل موفقیت یا جسارت است (مورنو و مورنو، ۱۹۵۲).

در مورد پژوهی حاضر، روش سایکودراما به دو دلیل به جای درمان شناختی رفتاری و دارو درمانی (درمان‌های رایج کلپتومانیا)، استفاده شد. اول به دلیل اینکه سایکودراما بر خلاف درمان‌های شناختی و رفتاری فقط به زمان حال و علت‌های کنونی و قابل مشاهده توجه ندارد و در صورت لزوم به گذشته و علل زیربنایی مشکلات نیز توجه می‌کند. هم‌چنین دارو درمانی بهتر است همیشه گزینه آخر باشد و برای حل مشکلات حادی استفاده شود که روان‌درمانی تأثیری در درمان آن‌ها ندارد؛ دوم به این دلیل که سایکودراما یک روش ابتکاری و جذاب در مقایسه با روش‌های روان‌درمانی دیگر است و مسلماً استفاده از این‌گونه روش‌ها می‌تواند گزینه‌های بیش‌تری را در اختیار درمانگران قرار دهد. مهم‌ترین هدف پژوهش حاضر، آزمون اثربخشی سایکودراما به عنوان یک روش آزمون‌نشده و جدید در درمان کلپتومانیا بود و با توجه به اینکه اثربخشی این روش درمانی در درمانی اختلالات روان‌شناختی دیگر مثل فشار روانی و اضطراب (هال، ۱۹۷۸)، حالات هیجانی توأم با افسردگی و اضطراب (فریتز، ۱۹۸۱؛ وید، ۱۹۸۵)، افسردگی (پوررضائیان، ۱۹۹۶، پوررضائیان و همکاران، ۱۹۹۷a و ۱۹۹۷b؛ ره‌گوی، ابراهیمی بلبل، خانکه، رهگذر و رضایی، ۱۳۸۵)، اختلالات رفتاری (گاتا و همکاران، ۲۰۱۰) که همبندی بالایی با کلپتومانیا دارند، فوبیا (پوررضائیان، سهرابی و پوررضائیان، ۱۳۹۳)، لکنت تونیک (پوررضائیان، در دست انتشار) و مشکلات کنترل تکانه در اختلال ADHD (سپنتا، صفری، فاطمی و معنوی، ۲۰۱۴)، نشان داده شده است، فرضیه پژوهش حاضر این‌گونه طرح شد که سایکودراما در درمان کلپتومانیا مؤثر است.

روش

این پژوهش، از آن جهت که تأثیر سایکودراما (متغیر مستقل) را بر کلپتومانیا (متغیر وابسته) بررسی می‌کند، پژوهشی نیمه تجربی است. به دلیل آن که اختلال کلپتومانیا، اختلالی کمیاب است، نمونه این پژوهش یک نفر است. توضیح آن که تقریباً تمام پژوهش‌های پیشین با موضوع درمان کلپتومانیا نیز به صورت گزارش مورد هستند. در این پژوهش از طرح

تک‌آزمودنی (A-B) استفاده شد. در طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) مطالعه می‌شود. در طرح A-B ابتدا شرایط محیطی (A) به دقت اندازه‌گیری می‌شود. برای این منظور حالت اولیه (Base-line) شرایط محیطی و رفتار آزمودنی بررسی و بعد از آن، عمل آزمایشی (B) بارگذاری و اعمال می‌شود. در مرحله بعدی نیز که «پیگیری» نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً اندازه‌گیری می‌شود.

در پژوهش حاضر، از مقیاس ارزیابی نشانگان کلتومانیا^۱ (ترجمه پوررضائیان) برای سنجش نشانه‌های این اختلال استفاده شد. مقیاس ارزیابی نشانگان کلتومانیا، که گرت و کیم در سال ۲۰۰۲ ساخته‌اند، یک آزمون خودگزارشی است که ۱۱ سؤال دارد و در آن‌ها شدت، مدت و میزان کنترل تمایلات دزدی (سوالات ۱ تا ۴)، شدت، مدت و میزان کنترل افکار مربوط به دزدی (سوالات ۵ تا ۷)، اشتیاق و هیجان قبل و بعد از دزدی (سوالات ۸ و ۹) و آشفتگی و اختلال ناشی از دزدی (سوالات ۱۰ و ۱۱) سنجیده می‌شود. هر سؤال از ۰ (بدون نشانه) تا ۴ (نشانه‌های شدید) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، سطح نمره می‌تواند از ۰ تا ۴۴ باشد. آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش گرت و کیم (۲۰۰۲)، ۰/۹۰ به دست آمده است (گرت و پوتنزا، ۲۰۱۲). در ایران، این آزمون، هنجاریابی نشده است، اما در پژوهش در دست انتشار پوررضائیان، آلفای کرونباخ این آزمون، ۰/۹۲ به دست آمده است.

شرح مورد و شیوه اجرای درمان

درمانجو، دختری ۱۱ ساله بود که با نشانه‌های کلتومانیا به درمانگر (پژوهشگر حاضر) معرفی شد. بر اساس گزارش مادر درمانجو، او در هفته چندین بار وسایل همکلاسی‌هایش را می‌دزدید در حالی که نه تنها به آن وسایل احتیاجی نداشت، بلکه خودش صاحب وسایلی بهتر بود. خود درمانجو درباره دزدی‌های خود گفت که می‌داند دزدی کار خوبی نیست، اما فکرش درگیر برداشتن وسایل دیگران است و قبل از دزدی انگار باید این کار را انجام بدهد و بعد از دزدیدن تا مدت کمی، احساس بسیار خوبی دارد. تنبیهات والدین تا زمان مراجعه، باعث هیچ تغییری در درمانجو نشده بودند. بر اساس اظهارات مادر درمانجو، این اختلال از سه سال پیش و بدون هیچ حادثه زمینه‌ای خاصی در مراجع شروع شده بود. پدر و مادر مراجع

1. kleptomania symptom assessment scale (K-SAS)

هر دو شاغل بوده و درمانجو تا زمان مراجعه، تنها فرزند آنها بود. همان طور که قبلاً ذکر شد، روش درمانی سایکودرامای انفرادی برای کمک به درمانجو به کار گرفته شد. مدت درمان، هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) بود. در ادامه شرح مختصر جلسات درمان می‌آید.

جلسه اول (پذیرش، مصاحبه‌های بالینی و تشخیص مشکل): در این جلسه، بعد از ثبت شرح مشکل که مادر درمانجو ارائه داد، با درمانجو و مادرش جداگانه دو مصاحبه بالینی بر مبنای نشانه‌های کلپتومانیا انجام شد. علاوه بر نشانه‌های کلپتومانیا، نشانه‌های بی توجهی نیز در مراجع یافته شد که به نظر می‌رسید ناشی از افکار اجباری مربوط به دزدی باشند. بنابراین، هدف جلسات درمانی آتی، تمرکز بر افکار مربوط به دزدی و عمل دزدی، و سعی در تعدیل و کنترل آنها تعیین شد.

جلسه دوم (اجرای مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا و معرفی روش سایکودراما): در جلسه دوم، مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا به منظور اطمینان بخشی بیشتر به تشخیص درمانگر و همچنین به عنوان یک پیش‌آزمون اجرا شد. نمره بالای درمانجو در این آزمون نشان‌دهنده وجود تمام نشانه‌های کلپتومانیا در رفتارهای درمانجو بود. در این جلسه، روش سایکودراما نیز به صورت عملی به درمانجو معرفی شد.

جلسه سوم: در این جلسه، بعد از گرم کردن و تعیین هدف جلسه، از تکنیک «معرفی کردن خود» به منظور شناخت کامل درمانجو از زبان خودش استفاده شد. در ابتدا درمانجو فقط بر رفتار دزدی توسط خودش تأکید می‌کرد، اما درمانگر از او خواست تا بر نقاط مثبت خودش نیز متمرکز شود و خودش را ابتدا با برجسته‌سازی نقاط مثبت وجودی معرفی و سپس در مورد کنش دزدی‌های ناخواسته صحبت کند.

جلسه‌های چهارم و پنجم: در این دو جلسه، با استفاده از تکنیک «ایفای نقش»، از مراجع خواسته شد که تمام رویدادها را از لحظه‌ای که افکار مربوط به دزدی به ذهنش می‌آیند تا زمانی که عمل دزدی رخ می‌دهد و همچنین احساسات بعد از آن را از طریق نمایش به درمانگر نشان دهد به طوری که افکار و احساسات را بیان کند و رفتارها را با نمایش نشان دهد. هدف این دو جلسه بازنمایی تمام رویدادهای مربوط به دزدی و یادگیری چگونگی

کنترل آن‌ها بود. کنترل افکار و رفتارها از طریق قطع نمایش و تغییر آن‌ها انجام شد.

جلسه ششم: در جلسه ششم از تکنیک «تعویض نقش» استفاده شد. در این روش، درمانگر نقش درمانجو و درمانجو نقش درمانگر را ایفا کرد. استفاده از این تکنیک، با هدف آموزش خودکنترلی و به‌کارگیری توانایی درمانجو در پیشنهاد راهکارهای مقابله با افکار و رفتارهای اجباری دزدی انجام شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تکنیک «صندلی خالی» به کار گرفته شد. از درمانجو درخواست شد که هر کسی را که فکر می‌کند باعث پیدایش افکار و رفتار دزدی در او می‌شوند، روی یک صندلی خالی تصور و با او مکالمه کند. هدف از این تکنیک، کشف ریشه‌ها و علل ناگفته مشکل درمانجو بود. درمانجو، مغز خودش و شیطان را مقصر دانست و آن‌ها را روی صندلی تصور کرد. در زمان مکالمات تصویری درمانجو با این دو، درمانگر با قطع مکرر نمایش و پیشنهاد مکالمه‌های بهتر، سعی در ایجاد احساس کنترل در درمانجو داشت. در پایان این جلسه، درمانجو یاد گرفت که به محض بروز اولین نشانه‌های فکر دزدی، چگونه با گفتن جملات کارساز، مؤثر و کلیدی به مغز خودش و شیطان سیاهکار، با این افکار مقابله کند.

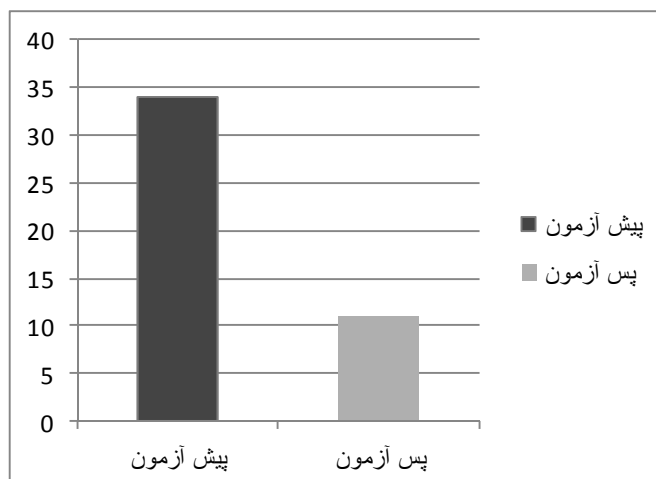
جلسه هشتم: در این جلسه، از تکنیک‌های برون‌فکنی آینده و ایفای نقش استفاده شد. تمام موقعیت‌هایی بازنمایی شدند که درمانجو قبلاً در آن‌ها مرتکب دزدی مرضی شده بود (مثل کلاس‌های درس، مهمانی‌ها و فروشگاه‌ها) و ممکن بود که در آینده نیز مشوق بازگشت مشکل درمانجو باشند. درمانجو یاد گرفت که از بازگشت افکار دزدی نترسد، بلکه با روش‌هایی که در جلسات درمانی آموخته است با آن‌ها مقابله کند. او در این جلسه به این تمرین پرداخت که با آمدن افکار دزدی به ذهنش آشفته نشود، بلکه خودش درباره محتوای این افکار، فکر کند و آن‌ها را بشناسد. مهم‌ترین تمرین در این جلسه که جلسه پایانی درمان نیز بود، انتخاب یک کلمه رمز برای یادآوری نکته‌های مهم جلسات درمانی بود. در پایان جلسه مقرر شد که درمانجو هر هفته به درمانگر، مراجعه یا تلفن کند و میزان بازگشت افکار و رفتارهای مربوط به مشکل دزدی ناخواسته را گزارش کند. به درمانجو این اطمینان داده شد که در صورت برگشت مشکل، جلسات درمانی دیگری برای او ادامه خواهد یافت.

جلسات پیگیری: بعد از جلسات درمان، در ابتدا هر هفته و بعداً هر دو هفته یک بار (به

مدت شش ماه) درمانجو با مراجعه حضوری یا برقراری تماس تلفنی، وضعیت خود را به درمانگر گزارش کرد. مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا، یک هفته بعد از اتمام جلسات درمانی، دوباره و به عنوان پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا: نمره درمانجو در پیش‌آزمون ۳۴ بود که نمره بسیار بالایی در مقیاس ارزیابی نشانگان کلپتومانیا است. در پس‌آزمون، نمره درمانجو به ۱۱ کاهش یافت که نشان‌دهنده تغییری محسوس در وضعیت او است. این تغییر نمره درمانجو در نمودار زیر مشخص شده است.



نمودار ۱: تغییرات نمره درمانجو از پیش‌آزمون به پس‌آزمون

یافته‌های مربوط به جلسات پیگیری: گزارش‌های درمانجو و مادرش از افکار و رفتارهای مربوط به دزدی در جلسات پیگیری حاکی از کاهش بارز نشانه‌های کلبتومانیا هستند. به گفته درمانجو، رفتار دزدی تکرار نشده است، اما گاهی افکار دزدی به ذهن او می‌آیند که در اکثر مواقع با یادآوری نکات جلسات درمانی و گفتن کلمه‌رمز توافق شده در جلسه آخر درمان، می‌تواند آن‌ها را کنترل کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات سپنتا و همکاران (۲۰۱۴) و گاتا و همکاران (۲۰۱۰)، از نظر نشان دادن تأثیر سایکودراما در درمان اختلالات رفتاری و کنترل تکانه تطابق دارد. هم‌چنین این پژوهش از این نظر که درمان‌پذیر بودن کلبتومانیا را با روان‌درمانی (به جای دارودرمانی) نشان می‌دهد، با پژوهش‌های هادگینز و پدن (۲۰۰۸)، گرنیت و اودلاگ (۲۰۰۸)، کهن (۲۰۰۶)، کهن و آنتونکسیو (۲۰۰۲)، همسان است. با اتکای بر یافته‌های پژوهش و این نکته که فرضیه پژوهش تأیید شده است، می‌توان روش سایکودراما را یکی از گزینه‌های مناسب درمانی برای حل مشکل کلبتومانیا و مسائل رفتاری مشابه معرفی کرد. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با یافته‌های تمام پژوهش‌هایی همسو دانست که اثربخشی سایکودراما را در درمان اختلالات مختلف روان‌شناختی نشان داده‌اند. کلبتومانیا به عنوان یک اختلال رفتاری، از این مشخصه مهم بهره‌مند است که فرد مبتلا در اولین نگاه به انجام دادن یک عمل، یا ارائه یک کنش مبادرت می‌ورزد که با هنجارهای اجتماعی سازگار نیست و در سوی دیگر، سایکودراما دقیقاً دارای این ویژگی است که با عمل‌ها و کنش‌های افراد حاضر بر صحنه درمانگر سر و کار دارد و میزان سازگاری آن‌ها را با هنجارهای شایسته فردی و اجتماعی بررسی و اصلاح می‌کند.

در پژوهش حاضر، روش درمانی به کار گرفته شده (سایکودراما)، در پی بازآفرینی سیستماتیک اعمال و کنش‌های اختلال تحت درمان (کلبتومانیا) بود و چون مراجع به دلیل ماهیت مشکل، رفتارهایی نقش‌گونه داشت، سایکودراما که بر محور نقش‌گذاری عمل می‌کند توانست با توفیق تمام، او را به وضعیت مطلوب برساند. به نظر می‌رسد که دلیل اثربخشی سایکودراما بر کلبتومانیا، این است که در این روش افراد درگیر، صرفاً به بیان مشکلات خود

اقدام نمی‌کنند، بلکه مشکلات را به صورت عملی، نمایش می‌دهند و همین به نمایش گذاشتن مشکلات سبب شناخت بهتر آن‌ها و امکان مداخله عینی و به موقع در شرایط مشوق دزدی می‌شود. یکی از مزایای دیگر سایکودراما این است که به درمانجو امکان و اجازه خلاقیت، ارتجال و انعطاف‌پذیر بودن می‌دهد. این ویژگی‌ها سبب می‌شوند که مراجعان با اختلالات رفتاری (از جمله افراد مبتلا به کلیتومانیا)، با اعتماد به نفس و رها از هراس، تکنیک‌های نمایشی پیشنهادشده را اجرا کنند.

با وجود چنین مزیت‌هایی، در کشور ما، از سایکودراما کم‌تر استفاده می‌شود. شاید به این دلیل که معمولاً در دانشگاه‌ها فقط یک یا دو روش درمانی به روان‌شناسان به خوبی آموزش داده می‌شود و بقیه روش‌های درمانی، به ویژه روش‌های نوین، ناشناخته باقی می‌مانند، در حالی که آشنایی با روش‌های درمانی بیش‌تر توسط درمانگران، سبب مهارت بیش‌تر آن‌ها می‌شود و احتمالاً انتخاب درمان مناسب‌تر و متناسب‌تر را فراهم می‌کند. بنابراین، به درمانگران حوزه روان‌شناسی پیشنهاد می‌شود که نسبت به روش‌های درمانی کم‌تر استفاده شده، پذیرا باشند.

در پژوهش حاضر به عنوان یک موردپژوهی، مهم‌ترین محدودیت، اندک بودن حجم نمونه و به تبع آن، فقدان امکان مقایسه است. این محدودیت، تقریباً در تمام پژوهش‌های قبلی با موضوع کاربست روان‌درمانی برای درمان کلیتومانیا نیز وجود دارد که به دلیل شیوع نادر این اختلال است. علاوه بر شیوع بسیار اندک، علت دیگر تک آزمودنی بودن این پژوهش و پژوهش‌های مرتبط، فقدان مراجعه افراد به دلیل درهم‌آمیختگی دزدی با مفاهیمی مثل حیثیت و آبروی فردی است که در تمام فرهنگ‌ها وجود دارد.

محدودیت دوم این پژوهش، دشواری‌های متعدد در هنگام پیگیری‌های پس از درمان است. اگرچه در تفاهم‌های اولیه، خانواده بیمار با پیگیری‌های پس‌ادمانی موافقت به عمل آوردند، اما در عمل، درمانگر حاضر را با موانع متعدد مواجه کردند.

در راستای کاهش محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از رسانه‌های عمومی و تخصصی برای جداسازی اختلالات رفتاری از مفاهیم اخلاقی (آبرو و مانند آن) استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های پیشرفته‌ی پایش توسط مراکز روان‌درمانی کشور به منظور ثبت مراجعان با اختلالات کمیاب انجام شود. ضمناً پیگیری‌های پس‌ادمانی که در کشور ما رایج نیست، باید در تفاهم‌های درمانی اولیه از سوی درمانگران و درمانجویان، بسیار جدی نگریسته شود.

منابع

- ابوالمعالی الحسینی، خدیجه، مهران، گلنار، منادی، مرتضی، خسروی، زهره و ناظرزاده کرمانی، فرشته (۱۳۸۸). تأثیر روش آموزش شناختی- رفتاری بر ارتقاء برخی از مؤلفه‌های شناخت اجتماعی بزهکاران پسر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۵، ۲، ۴۵-۷۱.
- بابایی، مهناز، اکبرزاده، نسرین، نجل رحیم، عبدالرحمان و پورشهریاری، مه‌سیما (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی- اجباری در دانشجویان دختر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۶، ۱، ۴۳-۵۵.
- پوررضائیان، مهدی (۱۳۹۱). نویسنش در نمایش، تهران: نیستان.
- پوررضائیان، مهدی (در دست انتشار). تأثیر سایکودراما در درمان لکنت تونیک ناشی از اضطراب اجتماعی (مورد پژوهی). *روان‌شناسی بالینی*.
- پوررضائیان، هدی، سهرابی، فرامرز و پوررضائیان، مهدی (۱۳۹۳). تأثیر سایکودراما در درمان پرنده‌هراسی (پژوهش مورد منفرد). *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۰، ۱-۱۶.
- حاجتی، فرشته‌السادات، اکبرزاده، نسرین و خسروی، زهره (۱۳۸۷). تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴، (۳)، ۳۵-۵۶.
- ره‌گوی، ابوالفضل، ابراهیمی بلبل، فاطمه، خانکه، حمیدرضا، رهگذر، مهدی و رضایی، امید (۱۳۸۵). تأثیر نمایش روانی (سایکودراما) بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۴، ۲، ۷۱-۷۶.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baltacioglu, M., Essizoglu, A., Yenilmez, C., & Kaptanoglu, C. (2015). Differential Diagnosis and Psychodynamic Approach in Kleptomania: A Case Report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 66-72.
- Corey, G. (2015). *Theory and Practice of Group Counseling*. Boston, Cengage Learning.
- Enelow, S. (2015). *Method Acting and Its Discontents: On American Psycho-Drama*. Illinois, Northwestern University Press.
- Fretz, R. K. (1981). *The Effects of Psychodrama and Group Therapy on Emotional*

State. For the degree of Phd., School of professional psychology.

- Gatta, M., Lara, D. Z., Lara, D. C., Spoto A., Paolo, T. C., Giovanni, C., Rosaria, S., Carolina, B., & PierAntonio, B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 3, 240-247.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Kleptomania: Clinical characteristics and treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 1, 11-15.
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2012). *The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders*. New York: Oxford University press.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Odlaug, B. L. (2009). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of kleptomania. *Biological Psychiatry*, 65, 7, 600-606.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Schreiber, L. R. N., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2013). Memantine reduces stealing behavior and impulsivity in kleptomania: A pilot study. *International Clinical Psychopharmacology*, 28, 2, 106-111.
- Hall, Irwin (1978). *The effects of an intensive weekend Psychodrama vs spaced Psychodrama sessions on anxiety, distress and attitude toward group interaction in nursing students*. For the degree of Ph.D., The university of New Mexico.
- Hocaoğlu, C., & Kandemir, G. (2004). The use of SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) in kleptomaniacs treatment: case reports. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 14, 4, 204-208.
- Hodgins, David C., & Peden, Nicole (2008). Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 31-40.
- Holmes, Paul (2014). *The inner world outside (Object relations theory and Psychodrama)*. London and New York, Routledge.
- Kohn, C. S., & Antonuccio, D. O. (2002). Treatment of kleptomania using cognitive and behavioral strategies. *Clinical Case Studies*, 1, 25-38.
- Kohn, Carolyn S. (2006). Conceptualization and Treatment of Kleptomania Behaviors Using Cognitive and Behavioral Strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 4, 553-559.
- Moreno, J. D. (2014). *Impromptu Man: J. L. Moreno and the Origins of Psychodrama, Encounter Culture, and the Social Network*. New York, Bellevue Literary Press.
- Moreno, J. L., & Moreno, Z. T. (1959). *Psychodrama*. Beacon, Beacon House.
- Moreno, Z. T., Blomkvist, L. D., Rutzel, T. (2014). *Psychodrama, Surplus Reality and the Art of Healing*. United Kingdom, Taylor & Francis.
- Pourrezaeian, M., Sen, M. D. P. & Sen, A. K. (1997). The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients. *The Journal of Personality and Clinical Studies* 13, 1-2, 19-23.
- Pourrezaeian, M., Sen, M. D. P., & Sen, A. K. (1997). The Usefulness of Psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 24,1, 82-92.
- Pourrezaeian, Mehdi (1996). *Effectiveness of psychodrama in the treatment of depression: An empirical study*. For the degree of Ph.D., The University of

Delhi.

Sepanta, M., safarib, S., Fatemi, A., & Maanavi, T. (2014). The role of psychodrama in controlling impulse and compatibility of the deaf girl with ADHD. *Reef Resources Assessment and Management Technical Paper* 40, 1, 398-406.

Weide, Ursula (1985). *The effect of Classical Psychodrama on anxiety and depression: Psychodrama with incarcerated public offenders*. For the degree of P.H.D, The catholic university of America.