

اثر آزمایشی بالینی روان‌نمایشگری در کنار آمدن با قطع عضو - تک بررسی

Clinical evaluation of psychodrama in coping with amputation-case study

H. Purrezaian, M.A.

هدی پوررضائیان*

H. Bahrami Ehsan, Ph.D.

دکتر هادی بهرامی احسان**

M. Purrezaian, Ph.D.

دکتر مهدی پوررضائیان***

چکیده

قطع عضو، یکی از مشکلات جسمانی حادی است که منجر به تغییرات شدیدی در احساسات، شناخت‌ها و رفتارهای افراد می‌شود. مهم‌ترین پیامدهای روانشناختی قطع عضو، اختلال در تصویر بدنی، کاهش حرمت خود و میل به انزوای اجتماعی هستند که در صورت ازمان به اختلالات روانشناختی بالینی به‌ویژه افسردگی می‌انجامند. هدف این پژوهش، استفاده از روش روان‌نمایشگری (سایکودراما) به منظور کمک به کنار آمدن با قطع عضو بود. پژوهش حاضر به‌عنوان یک تک‌بررسی تجربی، از طرح تک‌آزمودنی (A-B) بهره گرفته است. به

*. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران

** دانشیار دانشگاه تهران

*** استادیار دانشگاه شاهد و روان‌نمایشگر (نویسنده مسؤل)

علاوه، در این پژوهش از مصاحبه کیفی و آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه) به منظور سنجش مشکلات مراجع استفاده شده است. تغییرات نمره افسردگی مراجع از ۲۴ به ۳ و همچنین اظهارات خود او در مصاحبه‌های بالینی قبل و بعد از درمان، نشان می‌دهند که روان‌نمایشگری در کاهش مشکلات روانشناختی مراجع و سازش‌یافتگی او با فقدان عضو، مؤثر بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که ماهیت انعطاف‌پذیر و فعال روان‌نمایشگری که امکان تمرین نمایشی فعالیت‌های روزمره زندگی را برای بیمار فراهم می‌سازد سبب تسهیل کنار آمدن بیمار با پیامدهای آسیب‌زای روانشناختی قطع عضو می‌شود.

واژه-کلیدها: قطع عضو، پیامدهای روانشناختی قطع عضو، روان‌نمایشگری.

Abstract

Amputation is one of the serious health problems that lead to harm and severe changes in emotions, cognitions, and behaviors of individuals. Most important psychological consequences of amputation are impaired body image, low self-esteem and desire for social isolation that in the case of chronic, will lead to clinical psychological disorders, especially depression. The aim of this study was use of psychodrama therapy to help coping with amputation. The present study as an empirical case study is used the single subject design (A-B). In addition, qualitative interview and the Beck Depression Inventory (BDI-13) were used to assessing the client's problems. Changes in depression scores of the client from 24 to 3 and his statements on clinical interviews before and after treatment show that psychodrama is effective in reducing the psychological problems of the client and his adapting to the lack of limb. The findings show that flexibility and activity of psychodrama that facilitates the theatrical practices of daily life activities, helps adapting to the psychological pathologic consequences of amputation.

Keywords: amputation, psychological consequences of amputation, psychodrama.

Contact information: purrezaian@shahed.ac.ir

مقدمه

انسان در طول زندگی‌اش با رخدادها و بیماری‌های مختلفی روبه‌رو می‌شود. این رخدادها و بیماری‌ها بسته به شدتشان منجر به تغییراتی در جسم یا روان انسان می‌شوند. معمولاً این تغییرات جسمی یا روانی، خفیف و گذرا هستند و با تدبیراتی ساده برطرف می‌شوند اما گاهی ممکن است آنقدر شدید باشند که به‌عنوان یک آسیب برگشت‌ناپذیر، شناخته شوند. یکی از این آسیب‌های بازگشت‌ناپذیر، از دست دادن عضوی از بدن به‌دلیل حوادث ناگهانی یا بعضی بیماری‌های جسمانی مثل دیابت و سرطان است. از دست دادن عضو را شاید بتوان تجربه مرگ بخشی از وجود خود دانست، لذا با احساس فقدان و تجربه سوگ همراه است که ممکن است به اختلالات روانشناختی به‌ویژه افسردگی می‌انجامد و سبب ایجاد مشکلاتی مضاعف در فرد می‌شود. از مهم‌ترین مشکلات روانشناختی ناشی از تجربه قطع عضو می‌توان به کاهش حرمت خود، انزوای اجتماعی، احساس آسیب‌پذیری، اختلال در تصویر بدنی و احساس خواری (ویلیام و همکاران، ۲۰۰۴) اشاره کرد. شایان ذکر است که فقدان اعضای فوقانی دارای تأثیرات آسیب‌زای بیشتریست زیرا نقش کارکردی دست‌ها در انجام امور روزمره و اعمال ظریف و همچنین برقراری روابط اجتماعی، بیشتر است (ساراجیان، تامسون و داتا، ۲۰۰۸). بنابراین، مداخلات روانشناختی و توانبخشی به‌منظور بازگشت فرد به زندگی عادی، ضروری می‌نمایند. این در حالیست که معمولاً نقش این مداخلات در بازگشت افراد به زندگی عادی، نادیده گرفته می‌شود (سریواستاوا و چاداری، ۲۰۱۴). روان‌درمانگری‌هایی که تا به‌حال، برای کمک به بیماران قطع عضو، بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند، عبارتند از گروه‌درمانگری، خانواده-درمانگری و امیددرمانگری مبتنی بر حمایت. استفاده از روش‌های روان‌درمانگری مذکور به‌همراه دارودرمانگری، در شرایط حاد و بلافاصله پس از قطع عضو (به‌عنوان یک تروما) مفید واقع می‌شوند اما زمانی که هدف از مداخله، بازگشت بیمار به حالت عادی، رفع احساسات منفی، تغییر تصویر بدنی، تمرین استقلال و تحقق خویشتن‌های اجتماعی است، استفاده از روشی که امکان تمرین فعالانه مسئولیت‌های زندگی، بازنمایی ملموس مشکلات و بازبینی خویشتن را فراهم می‌کند، مفیدتر و مؤثرتر به‌نظر می‌رسد. از آنجا که روان‌نمایشگری از چنین ویژگی‌هایی برخوردار است، در پژوهش حاضر، از این روش به‌منظور کمک به کنار آمدن

مراجع با پیامدهای سازش‌نا یافته قطع عضو، استفاده شد. در ادامه به معرفی مبسوط این روش روان‌درمانگری پرداخته می‌شود.

روان‌نمایشگری روشی در روان‌درمانگری با شکلی نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران و مراجعان با استفاده از فنون تئاتری، ریشه‌ابی و حل و رفع می‌گردد (پوررضائیان، ۱۳۹۱). مبدع این روش درمانگری، مورنو، روان‌نمایشگری را "علم کشف حقیقت" خوانده است (هولمز، ۲۰۱۴). روان‌نمایشگری به‌عنوان یک روش روان‌درمانگری با روی‌آورد بالینی مبتنی بر تحقق خویشتن، فرمی از شبیه‌سازی رفتار است (کری، ۲۰۱۵؛ انلو، ۲۰۱۵؛ مورنو، ۲۰۱۴؛ مورنو، بلامکوویست و روتزل، ۲۰۱۴). اصول مهم روان‌نمایشگری از نظر مورنو عبارتند از: خلاقیت، خودجوشی^۱ یا پاسخ‌ارتجالی، رویارویی^۲، نقش (کارپ، هولمز و بردشاو تاوون، ۱۹۹۸) و تله و انتقال (مورنو و مورنو، ۱۹۵۹). عوامل اصلی در درمان به روش روان‌نمایشگری، تضاد، کارگردان، من معین^۴ (ایگوی کمکی) و گروه حاضران هستند (بلاتنر و بلاتنر، ۱۹۹۸).

مهم‌ترین فنون روان‌نمایشگری عبارتند از: روش معرفی کردن خود^۵ (در این روش، مراجع، خودش، اعضای خانواده‌اش، معلمش و یا هر عضو دیگری از دنیای خود را با توجه به مسائل متمرکز در ذهنش معرفی می‌کند به طوری که خودش نقش دیگران را هم بازی می‌کند)؛ صندلی خالی^۶ (در این روش، مراجع فرض می‌کند که فردی مهم اما غایب، روی یک صندلی خالی، در مقابل او نشسته است. مراجع در این حال با آن فرد شروع به صحبت می‌کند)؛ آینه (وقتی بیمار قادر نباشد نقش خود را به صورت صحبت کردن یا عمل، اجرا کند، یک شخص یاور نقش او را بازی می‌کند)؛ تعویض نقش^۷ (در این فن، مراجع در یک موقعیت بین فردی، نقش خود را با نقش فرد دیگری تعویض می‌نماید)؛ تک‌گویی^۸ (صحبت کردن یکنواخت و یک‌نفره مراجع با خودش)؛ تحقق خویشتن با تحقق خویشتن^۹ (مراجع با همراهی چند شخص یاور، وضعیت زندگی خود را به نمایش می‌گذارد)؛ روش مضاعف یا همانندی^{۱۰} (در این فن، 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 جوابش را می‌دهد. این روش برای نفوذ در حیطه مشکلات و منازعات

درونی بیمار به کار برده می‌شود. قابل 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؛ نمایش آینده^{۱۱} (در این شیوه، مراجع در عمل نشان می‌دهد که در مورد 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)؛ فروشگاه جادویی^{۱۲} (از این روش که معمولاً در شروع کار و 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، ۱۹۸۲).

اگرچه ممکن است در کلینیک‌های روانشناسی از این روش درمانگری برای کمک به کنار آمدن بیماران با عضو از دست رفته استفاده شده باشد، اما در جست و جوی محقق هیچ پژوهشی (ایرانی یا خارجی) یافت نشد که مستقیماً تأثیر روان‌نمایشگری را در کمک به کنار آمدن با قطع عضو، مطالعه کرده باشد. با این وجود، اثربخشی این روش درمانگری در درمان اختلالاتی مثل تیدگی و اضطراب (هال، ۱۹۷۸)، حالات هیجانی توأم با افسردگی و اضطراب (فریتز، ۱۹۸۱؛ وید، ۱۹۸۵)، افسردگی (پوررضائیان، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷a و ۱۹۹۷b؛ ره‌گوی، ابراهیمی بلبل، خانکه، رهگذر و رضایی، ۱۳۸۵) و اختلالات رفتاری (گاتا و همکاران، ۲۰۱۰) که همگی می‌توانند در واکنش به قطع عضو ایجاد شوند؛ و همچنین سایر اختلالات روانشناختی مثل فوبیا (پوررضائیان، سهرابی و پوررضائیان، ۱۳۹۳) و مشکلات مهار برانگیختگی در اختلال فزون‌کنشی (سپنتا، صفری، فاطمی و معنوی، ۲۰۱۴)، نشان داده شده است. با توجه به آنچه رفت، مهم‌ترین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌نمایشگری در کمک به کنار آمدن با قطع عضو، است.

فرضیه‌های پژوهش

- روش روان‌نمایشگری در کنار آمدن شناختی، هیجانی و رفتاری با عوارض جسمانی

ناشی از قطع عضو، مؤثر است.

- روان‌نمایشگری در کاهش علائم افسردگی مراجع، تأثیر گذار است.

روش

طرح پژوهش و نمونه: پژوهش حاضر، تأثیر سایکودراما (متغیر مستقل) را بر مشکلات ناشی از قطع عضو (خرده متغیرهای وابسته) بررسی می‌کند، پس این پژوهش، یک تحقیق تجربی است. در این پژوهش از طرح تک‌آزمودنی (A-B) استفاده شده است. از آنجا که این پژوهش، یک تک‌بررسی است، نمونه آن، یک نفر است.

ابزار پژوهش: در این پژوهش به منظور برآورد تغییرات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی بیمار، از یک ابزار کیفی (مصاحبه بالینی) و یک ابزار کمی (آزمون افسردگی بک - فرم کوتاه) استفاده شد. لازم به ذکر است که مصاحبه بالینی، اطلاعات جامعی را به دست داد و دلیل استفاده از آزمون افسردگی بک، صرفاً اطمینان از وجود افسردگی بالینی به عنوان شکایت اصلی بیمار، بود. همان‌طور که ذکر شد، مهم‌ترین ابزار پژوهش حاضر برای بررسی وضعیت کنار آمدن بیمار با قطع عضو، مصاحبه بالینی بود. این مصاحبه شامل پرسش‌هایی در مورد مشکلات جسمانی پس از قطع عضو و احساس فانتوم، نیاز به حمایت و احساس وابستگی به اعضای خانواده، خودپنداشت قبل و بعد از قطع عضو، تغییر مسئولیت‌های شخصی، خانوادگی و شغلی بعد از قطع عضو و تغییرات رفتاری، هیجانی و شخصیتی ناشی از قطع عضو، بود.

آزمون افسردگی بک - فرم کوتاه: این آزمون، دارای ۱۳ گزاره خودگزارش‌دهی است که نشانگان خاص افسردگی را می‌سنجد. هر گزاره شامل یک مقیاس چهارگویه‌ای است که دامنه نمره‌دهی آن از صفر تا سه است. بیشینه و کمینه نمره این آزمون ۳۹ و صفر است. این آزمون برای اندازه‌گیری زمینه‌های نشانه‌شناختی مختلف افسردگی از جمله افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و جسمانی، تدوین شده است. در نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی دو نیمه آزمون، به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ به دست آمده است. به علاوه، ضریب همبستگی فرم کوتاه این آزمون با فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۶۷ محاسبه شده است (رجبی، ۱۳۸۴).

شرح مورد و جلسات روان‌درمانگری: مراجع، مردی ۵۲ ساله است که شکایت اصلی او،

افسردگی ناشی از قطع عضو و مشکلات جسمانی پس از آن می‌باشد. او سرکارگر یکی از کارخانه‌های تهران بوده که درست یک سال مانده به بازنشستگی، حین کار با یکی از دستگاه‌های جدید کارخانه، دچار سانحه شده و دست راستش را از بالای آرنج، از دست داده است. لازم به ذکر است که مراجع حاضر، چپ‌برتر است. او به دلیل جراحات شدید دست، حدود یک ماه را در بیمارستان سپری کرده و پس از دریافت خدمات پزشکی و پرستاری لازم، مرخص شده است. در زمان مراجعه، دو هفته از تاریخ مرخص شدن او از بیمارستان می‌گذشت. با توجه به مصاحبه‌ای که با بیمار انجام شد، مشکلات محوری او که منجر به نگرانی و افسردگی شده‌اند، عبارتند از:

- دردهای گاه‌گاهی شدید در محل قطع دست که با مصرف داروهای مسکن، برطرف نمی‌شوند.

- تجربه گاه به گاه دردهای فانتومی به صورت احساس سوزش و مور مور شدن در دست قطع شده و ترس از تجربه مجدد آن.

- احساس وابستگی شدید و نیاز به حمایت مداوم اعضای خانواده، در امور جاری زندگی.

- احساس کهنتری و میل به انزوا به دلیل ایجاد تغییرات منفی در تصویر بدنی.

- تغییرات رفتاری و هیجانی از جمله کاهش آستانه خشم.

- احساس از کارافتادگی و ناتوانی در انجام امور و مسئولیت‌های شخصی و خانوادگی.

- عدم تمایل به شروع مجدد کار با وجود پیشنهاد ادامه کار از سوی کارخانه و فراهم‌سازی

تمهیدات حمایتی و شغلی ویژه.

- احساس غم و ناامیدی از بهبود وضعیت در آینده.

با توجه به مشکلات محوری فوق‌الذکر و نمره اکتسابی در آزمون افسردگی بک، مشکل اساسی مراجع، عدم کنار آمدن با قطع عضو، تغییر تصویر بدنی و احساس از کار افتادگی و وابستگی به اطرافیان بود که همگی منجر به افسردگی شده بودند. از آنجا که این افسردگی، با افکار خودکشی همراه نبود و علل اصلی آن، مشکلات روانشناختی بودند، روان‌درمانگری به عنوان مهم‌ترین پیشنهاد برای کمک به وی مطرح شد.

روش درمان انتخابی برای مراجع، روان‌نمایشگری بود که در هشت جلسه نیم‌ساعته (دو

جلسه در هفته) و به صورت انفرادی به کار برده شد. لازم به ذکر است که تمام جلسات درمانگری بر اساس اصول اساسی روان‌نمایشگری، شامل چهار مرحله گرم کردن^{۴۲} (آمادگی بدنی و ذهنی مراجع و کادر درمانگری برای تحقق خویشتن)، آماده کردن صحنه اجرای روان‌نمایشگری، تحقق خویشتن (مهم‌ترین مرحله درمانگری که با استفاده از فنون روان‌نمایشگری انجام می‌شود) و مشارکت پایانی (بحث و تبادل نظر، دریافت بازخوردهای حمایتی توسط مراجع و جمع‌بندی جلسه درمانگری) بود. گزارش مختصر جلسات درمانگری در ادامه می‌آید:

جلسه اول (پذیرش مراجع): اخذ شرح حال؛ انجام مصاحبه بالینی و اجرای آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه).

جلسه دوم: معرفی روش درمان روان‌نمایشگری و دو ایگوی کمکی؛ تعیین اهداف جلسه؛ تمرین گرم کردن؛ آماده‌سازی صحنه؛ استفاده از فن "معرفی کردن خود" با هدف ایجاد شناخت کافی نسبت به مراجع و بازشناساندن مراجع به خودش بدون تأکیدهای افراطی بر نقص بدنی و تغییر تمرکز به سمت توانایی‌ها؛ ارائه بازخوردهای حمایتی و تقویتی توسط درمانگر و همکارانش (ایگوهای کمکی) به مراجع؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه آینده.

جلسه سوم: مرور اهداف جلسه؛ گرم کردن ذهنی؛ گرم کردن بدنی؛ آماده‌سازی ملزومات صحنه؛ استفاده از فن "تحقق خویشتن" به منظور نمایش وضعیت زندگی مراجع با تأکید بر مشکلات ناشی از فقدان عضو از جمله وابستگی به اطرافیان و ترک مسؤلیت‌ها و یافتن راه حل‌های مناسب برای این مشکلات در حین نمایش؛ ارائه بازخوردهای حمایتی و تقویتی توسط درمانگر و همکارانش (ایگوهای کمکی) به مراجع؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه آتی.

جلسه‌های چهارم و پنجم: مرور اهداف جلسه؛ گرم کردن ذهنی و بدنی؛ آماده کردن صحنه؛ کاربست فن صندلی خالی با دو هدف: الف) صحبت کردن خیالی مراجع با خود سالم و بی‌نقصش (بدون قطع عضو) به منظور درک واقع‌بینانه تغییرات و تأکید بر توانمندی‌های مستقل از دست راست در تمام افراد چپ‌برتر به‌ویژه مراجع، ب) گفت‌وگوی خیالی با دست قطع شده با هدف پذیرش ذهنی از دست دادن عضو و رفع نگرانی از بابت بازگشت تجارب فانتومی؛ ارائه بازخوردهای حمایتی و تقویتی توسط درمانگر و همکارانش (ایگوهای کمکی) به مراجع؛

جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه آینده.

جلسه ششم: مرور اهداف؛ گرم کردن؛ آماده‌سازی صحنه؛ استفاده از فن تعویض نقش به‌منظور کاهش احساسات منفی ناشی از تغییر ادراک تصویر بدنی و درک دیدگاه‌های دیگران نسبت به قطع عضو؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه آینده.

جلسه هفتم: بازگویی اهداف جلسه؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ بهره‌گیری از فن نمایش آینده به‌منظور تشویق مراجع به برنامه‌ریزی آگاهانه برای آینده، بازگشت به محل کار، پذیرش مسؤولیت‌های زندگی و شروع مجدد روابط اجتماعی.

جلسه هشتم: مرور کامل دستاوردهای احساسی، شناختی و رفتاری جلسات قبل؛ آماده‌سازی مراجع نسبت به بازگشت افکار و احساسات منفی و ارائه راه‌حلهایی مثل تهیه فهرست توانایی‌های مستقل از عضو قطع شده و مرور روزانه این فهرست و تلاش برای افزودن تعداد این توانایی‌ها.

جلسه پیگیری (یک ماه پس از آخرین جلسه درمانگری): مصاحبه با مراجع در مورد وضعیت زندگی به‌منظور پیگیری تغییرات جسمانی، هیجانی و رفتاری پس از درمان با تمرکز ویژه بر مشکلات محوری پیش از درمان؛ اجرای مجدد آزمون افسردگی بک؛ واریسی میزان و شدت بازگشت افکار منفی و عوامل زمینه‌ساز این بازگشت‌ها.

داده‌ها یافته‌ها

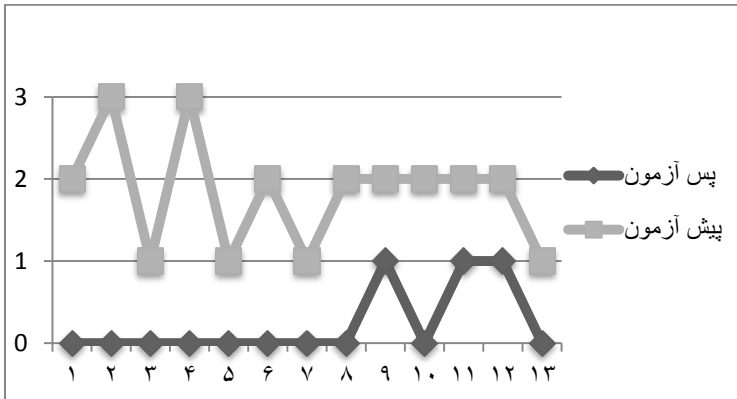
الف) یافته‌های کیفی حاصل از مصاحبه و گزارش وضعیت زندگی

با توجه به اظهارات مراجع در مصاحبه‌های قبل و بعد از درمان، بسیاری از مشکلات محوری او از جمله احساس وابستگی و نیاز به حمایت مداوم اعضای خانواده، احساس کمتری و میل به انزوا به‌دلیل تصویر بدنی منفی، مشکلات رفتاری و هیجانی به‌ویژه ابراز پرخاشگری و خشم، احساس از کارافتادگی و ناتوانی در انجام مسؤولیت‌ها، بی‌رغبتی به شروع مجدد کار و احساس مسلط غم و ناامیدی، به میزان قابل توجهی کاهش یافته‌اند و حتی مشکلات جسمانی مثل دردهای شدید و احساس سوزش در دست قطع شده نیز با کاهش معناداری همراه بوده‌اند. شاید بتوان مهم‌ترین نشانه کنار آمدن مراجع با عضو از دست رفته را بازگشت او به محل کار

سابق و شروع مجدد مسئولیت‌های شخصی، خانوادگی و شغلی‌اش دانست. مراجع، طی مدت یک ماه پس از درمان، فقط با یک بار بازگشت افکار منفی روبه‌رو شده است که به دلیل سوء برداشت رفتار یکی از همکارانش رخ داده و طی مدت اندکی با استفاده از راه حل‌های آموخته‌شده در جلسات درمانگری، رفع شده است.

ب) یافته‌های کمتی حاصل از آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه)

نمره مراجع در آزمون افسردگی بک، قبل از درمان ۲۴ بود که یک ماه پس از درمان و در جلسه پیگیری به سه کاهش پیدا کرد. نمودار نشان‌دهنده این تغییرات است.



نمودار ۱: وضعیت نمرات افسردگی مراجع در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

با اتکال بر یافته‌های پژوهش، می‌توان روش روان‌نمایشگری را یکی از گزینه‌های مناسب درمانگری برای حل مشکلات روانشناختی ناشی از قطع عضو، تلقی کرد. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با یافته‌های تمام پژوهش‌هایی که اثربخشی روان‌نمایشگری را در درمان اختلالات مختلف روانشناختی نشان داده‌اند، همسو دانست.

جراحت شدیدی که در پی قطع عضو ایجاد می‌شود، ممکن است تمام توجه کادر درمانگری را به سمت کمک‌های پزشکی متمرکز کند و این امر موجب نادیده گرفتن مداخلات روانشناختی ضروری برای کمک به مهار پیامدهای آسیب‌زای روانشناختی قطع عضو شود. این در حالیست که گاهی همین پیامدهای روانشناختی که در ابتدا طبیعی به نظر می‌رسند،

در صورت بی‌توجهی، منجر به مشکلات جدی روانشناختی از جمله عدم پیگیری درمان‌های جسمانی و تبعاً آسیب‌های مضاعف جسمانی می‌شوند. بیمارانی که با تصویر بدنی ناقصی از خود روبه‌رو می‌شوند ممکن است متمایل به گوشه‌گیری شوند و از حضور مجدد در اجتماع امتناع ورزند. این بیماران اگر احساس ناتوانی و وابستگی کنند، کم‌کم ناامید می‌شوند. به‌علاوه اگر سوگ از دست دادن بخشی از خویشتن که اغلب مهم‌ترین بخش وجودی خود پنداشته می‌شود، ادامه یابد، به یک احساس غم پایدار مبدل می‌شود و نتیجه‌نهایی این احساس غم، ناامیدی و انزوا، تجربه افسردگی به‌عنوان یک اختلال روانشناختی جدی است. بنابراین مداخلات روانشناختی به‌هنگام، ضروری‌اند. بیمارانی که فقدان عضو را تجربه کرده‌اند، نیاز دارند که با این فقدان، سازش یافته و به زندگی عادی خود برگردند. البته فرایند سازش‌یافتگی بدون آمادگی‌های هیجانی و شناختی مناسب که به رفتارهای سازش‌یافته منجر می‌شوند، میسر نیست و این آمادگی‌ها، بدون تمرین‌های مستمر و مواجه شدن‌های مکرر با شرایط واقعی زندگی، حاصل نمی‌شوند. این تمرین‌ها و مواجه شدن‌ها می‌بایست ابتدا در شرایطی امن انجام شوند که فضای درمانگری روان‌نمایشگری چنین شرایطی را برای بیمار فراهم می‌سازد. بازسازی نمایشی شرایط زندگی بیمار با استفاده از فنون فعال و انعطاف‌پذیر روان‌نمایشگری امکان رویارویی بیمار با شرایط روزمره زندگی و بازبینی آن‌ها از زوایای دید مختلف را فراهم می‌سازد. وجود این ویژگی‌ها در روان‌نمایشگری است که این روش را به مداخله‌ای مؤثر در تسهیل کنار آمدن با فقدان عضو و شرایط آسیب‌زای مشابه، تبدیل می‌کند. با وجود چنین مزیت‌هایی، از روان‌نمایشگری در کشور ما کمتر استفاده می‌شود که احتمالاً به‌دلیل گرایش روان‌درمانگران به استفاده از یکی دو شیوه درمانگری خاص است.

با توجه به آنچه رفت، مهم‌ترین پیشنهاد این پژوهش، توجه ویژه به مشکلات روانشناختی ناشی از قطع عضو و افزودن راهکارهای روانشناختی به‌ویژه شیوه‌های کمتر استفاده شده مثل روان‌نمایشگری در برنامه درمان بیماران مشابه است.

در پژوهش حاضر به‌عنوان یک تک‌بررسی، مهم‌ترین محدودیت، عدم امکان مقایسه و تعمیم یافته‌هاست که در تمام پژوهش‌های کیفی صادق و بهترین راه حل، تکرار پژوهش در شرایط مشابه می‌باشد.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1- Spontaneity | 2- Encounter |
| 3- Protagonist | 4- Auxiliary ego |
| 5- Self-Presentation | 6- Empty chair |
| 7- Role -Reversal | 8- Soliloquy |
| 9- Self-Realization | 10- Double |
| 11- Future projection | 12- Magic shop |

منابع و مآخذ فارسی:

- پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۱). *نویسش در نمایش*. تهران، کتاب‌نیستان.
- پوررضائیان، هدی، سهرابی، فرامرز و پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۳). تأثیر سایکودراما در درمان پرهنده‌راسی (پژوهش مورد منفرد). *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۰، ۱۶-۱.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13). *روانشناسی تحولی*، ۱، ۴، ۲۸-۳۵.
- ره‌گوی، ابوالفضل؛ ابراهیمی لیل، 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، ۱ و ۲، ۷۱-۷۶.

منابع و مآخذ خارجی:

- Blatner, Adam, & Blatner, Allee (1998). *Foundation of psychodrama (history, theory & practice)*. New York: Springer publishing company.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of group counseling*. Boston: Cengage Learning.
- Enelow, S. (2015). *Method acting and its discontents: on American psychodrama*. Illinois: Northwestern University Press.
- Fretz, R.K. (1981). *The effects of psychodrama and group therapy on emotional state* (doctoral dissertation). School of professional psychology, Chicago.
- 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.
- Hall, I. (1978). *The effects of an intensive weekend psychodrama vs. spaced psychodrama sessions on anxiety, distress and attitude toward group interaction in nursing students* (doctoral dissertation). The university of New Mexico, New Mexico.
- Holmes, Paul (2014). *The inner world outside (object relations theory and psychodrama)*. London and New York, Routledge.
- Karp, M., Holmes, P., & Bradshaw, T. (1998). *Principles of psychodrama in the handbook of psychodrama*. London, Routledge.
- 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, Leif Dag, Rutzel, T. (2014). *Psychodrama, surplus reality and the art of healing*. United Kingdom, Taylor & Francis.
- Purrezaian, 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 cinical studies 13(1/2)*, 19-23.
- Purrezaian, 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.
- Purrezaian, Mehdi (1996). *Effectiveness of psychodrama in the treatment of depression: an empirical study* (doctoral dissertation). The university of Delhi, India.
- Saradjian, A., Thompson, R.A., & Datta, D. (2008). The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: positive coping and minimizing feeling different. *Journal of disability and rehabilitation, 30(11)*, 871-883.
- 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.
- Srivastava, K., & Chaudhury, S. (2014). Rehabilitation after amputation: psychotherapeutic intervention module in Indian scenario. *The scientific world journal*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/469385>.
- Weide, U. (1985). *The effect of classical psychodrama on anxiety and depression: psychodrama with incarcerated public offenders* (doctoral dissertation). The catholic university of America, Washington, D.C.

Williams. M.R., Ehde, M.D., Smith. G.D, Czernieck, M.J., Hoffman, J.A., & Robinson. R.L. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Journal of disability and rehabilitation*, 26(14/15), 862-874.