

مقایسه اثربخشی تئاتر درمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۲

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی تئاتر درمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود که از میان آن‌ها تعداد ۶۰ دانشجو به شیوه هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه تئاتر درمانی (۲۰ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. هر سه گروه قبل و بعد از مداخلات و سه ماه بعد از پایان دوره درمانی با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) (۱۹۹۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم افزار Spss-21 با روش واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که هر دو رویکرد تئاتر درمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی تفاوت معناداری داشته‌اند. ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تئاتر درمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار دارد.

کلمات کلیدی: تئاتر درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی.

حمیده صمدی^۱

حسین مهدیان^{۲*}

مهدی قاسمی^۳

^۱دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

Email: mahdiyam@yahoo.com

مقدمه

چالش‌های موجود در دوره دانشجویی با افزایش شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی در دانشجویان همراه است (۱). اختلال اضطراب اجتماعی^۱ و افسردگی، علاوه بر شیوع بالا در میان دانشجویان (۲)؛ همبودی بالایی دارند (۳). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM5) اختلال اضطراب اجتماعی، عبارت‌است از ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن فرد، در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد. اختلال افسردگی اساسی^۳ را می‌توان با خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی‌علاقگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه شناخت (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). افراد افسرده از مشکلات شناختی (مانند مشکل تمرکز، حافظه و کارکردهای اجرایی^۴) رنج می‌برند. عزت نفس پایینی دارند و احساس بی‌ارزشی و ناامیدی می‌کنند (۴). علایم افسردگی مانند ارتباط ضعیف، غمگینی، فقدان علاقه و از دست دادن لذت، خواب و اشتهای مختل، و ... بر کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی و شغلی دانشجویان اثر منفی می‌گذارد (۵). تلاش برای کاهش افسردگی، می‌تواند از بروز سایر مشکلات مانند مشکلات شغلی و تحصیلی جلوگیری کند.

شیوع افسردگی شدید و اضطراب در بین دانشجویان سال اول را ۶۹/۵ و ۶۱ درصد تخمین زده‌اند.

یکی از مسائل عمده در رابطه با این اختلال ماهیت برگشت‌کننده آن است. دوره افسردگی بدون درمان معمولاً شش تا سیزده ماه به طول می‌انجامد و در صورتی که نسبت به درمان اقدام شود، در حدود سه ماه طول می‌کشد. قطع داروهای ضدافسردگی پیش از پایان این سه ماه تقریباً همیشه با بازگشت علایم همراه است (۶). حدود ۲۰٪ از مردم، تجربه بازگشت افسردگی را خواهند داشت که این مسئله به شدت افسردگی قبلی آن‌ها بستگی دارد. بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از مردم، پس از پشت سر گذاشتن یک تجربه افسردگی، حداقل یک بار دیگر

در زندگیشان دچار افسردگی می‌شوند (۷). حتی پس از برطرف شدن نشانه‌های افسردگی نیز، احتمال بازگشت آن وجود دارد. بنابراین انتخاب روش‌های درمانی مناسب که احتمال عود و بازگشت اختلال افسردگی را کاهش می‌دهند از مهمترین مسائل موجود در بررسی اثربخشی روش‌های درمانی هستند و اهمیت بررسی ثبات نتایج درمانی در اختلال افسردگی اساسی را خاطر نشان می‌سازند.

تئاتردرمانی^۵ یک رویکرد التقاطی است که از نمایش، تخیل، تصویرسازی ذهنی، اعمال بدنی و پویایی گروه بهره می‌برد و ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت هیجانی و تفکر روشن است (۸). طبق تعریف مورنو^۶ (پایه‌گذار این روش درمانی) تئاتردرمانی عبارت است از کاربرد نمایشی آزادانه در درمان پریشانی‌های روانی به منظور خروج اندیشه‌های پنهانی از طریق بداهه‌سازی و خودانگیختگی روی صحنه که توسط درمانگر هدایت می‌شود (۹). مورنو تئاتردرمانی را مجموعه‌ای از فنون می‌داند که از طریق بداهه‌سازی در بازی تئاتر، موجب رشد و گسترش استعدادها و بالقوه و پنهان یا سرکوب شده زندگی روانی و به ویژه زندگی هیجانی می‌شوند. تئاتردرمانی بر این فرض استوار است که بازیگری به فرد اجازه می‌دهد به بیان مشکلات خود و ابراز هیجان پردازد، تعارضات عمیق خود را به سطح کشانده و با آنها و محیط خود مواجه شود (۱۰). کارایی و قابلیت‌های برجسته تئاتردرمانی به عنوان یک رویکرد التقاطی و با هدف افزایش سطح ارتباط میان افراد، مواجهه مستقیم با هیجان‌ها، نشان دادن مشکلات هیجانی در زندگی روزمره، کاهش خودمحوری و ارتقاء بازیابی خود (۱۱)، برای درمان افسردگی و نشانه‌های آن (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) در جمعیت‌های متفاوت در پژوهش‌های خارج و داخلی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است.

نتایج پژوهش اربی و همکاران (۱۹) حاکی از آن بود که تئاتردرمانی گروهی میزان استرس، اضطراب و افسردگی و نشانگرهای بیولوژیکی استرس (کورتیزول بزاقی) را کاهش

¹ Social Anxiety

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders

³ Major Depressive Disorder

⁴ Executive functional

⁵ psychodrama

⁶ Moreno

می‌دهد. پژوهشگران دیگر نیز تأثیر تئاتردرمانی را بر کاهش افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افزایش عزت نفس نشان دادند (۲۰، ۲۱، ۲۲). رحیمی، (۲۳) افشاری نیا، (۲۴) گل محمدیان، (۲۵) جراره و نریمانی (۲۶) و جمشیدی نظر، (۲۷) زارع بهرام آبادی (۲۸) دلاور و رجیبی گیلان (۲۹) نیز اثربخشی فنون تئاتردرمانی را بر کاهش افسردگی تأیید کرده اند. اسحاقی و بهاری (۳۰)، اثربخشی تئاتردرمانی و گروه‌درمانی شناختی و ترکیبی از این دو را بر افسردگی بیماران افسرده بستری مقایسه کرده و نشان دادند که هر سه مداخله در کاهش میزان افسردگی مؤثر بوده‌اند اما گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی بیشتر از تئاتردرمانی اثر گذاشته است. مقایسه تئاتردرمانی با روان‌درمانی‌های دیگر، می‌تواند در شناسایی درمان‌های اثربخش و تعیین موثرترین روش درمانی برای اختلالات روانی در جمعیت‌های متفاوت کمک کند.

درمان پذیرش و تعهد^۱ به عنوان یکی از رویکردهای موج سوم، با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی که رفتار محدود شده است اجرا می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد به جای جنگیدن با افکار و احساس‌های درونی، رابطه مبتنی بر پذیرشی با رویدادهای درونی خود برقرار کند (۳۱). درمان پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی کارکردی دارد؛ مبتنی بر نظریه و برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود و رنج انسان را ناشی از انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بر اساس مدل آسیب‌شناسی در درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به همراه اجتناب تجربه‌ای، غلبه گذشته و آینده مفهوم سازی شده، عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها، عدم اقدام به عمل، آمیختگی شناختی و دل‌بستگی به خود مفهوم‌سازی شده هسته اصلی آسیب‌شناسی اختلالات روانی را تشکیل می‌دهد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش^۲ خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و

ایجاد الگوهای گسترده عمل متعهد مربوط به این ارزش‌ها می‌باشد (۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵)

بای، لو، ژانگ، وو و چی (۳۶) و توهیگ و لوین (۳۷) با بررسی نظام‌مند پژوهش‌های آزمایشی نتیجه گرفته‌اند درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند افسردگی و اضطراب را کاهش دهد. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بخصوص در پیگیری سه ماهه، اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی خفیف بزرگسالان دارد. بر اساس یافته‌های کوتو-لمز، فرناندز-روریگوئز و کونزالز-فرناندز (۳۸) درمان گروهی پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری در کاهش افسردگی موثر است. مک کنزی (۳۹) نیز بر این باور است که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با کاهش اجتناب شناختی و افزایش توانایی تحمل یادآوری و بحث در مورد رویدادهای چالش برانگیز هیجانی، به درمان افسردگی کمک کند. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده، درمان پذیرش و تعهد در مرحله اول در کاهش بی‌لذتی و افزایش فعالیت موثر است و کاهش نمره در مقیاس‌های افسردگی افراد تحت درمان با این رویکرد، چند ماه پس از پایان درمان مشخص می‌شود (۴۰). پژوهشگران دیگر با تأیید اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی (۴۱، ۴۲، ۴۳)، نشان داده‌اند این درمان در مقایسه با درمان‌های دارویی و فیزیولوژیکی (۴۴، ۴۵، ۴۶)، درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان (۴۷) و درمان‌های شناختی رفتاری (۴۸)؛ موثرتر است. اگرچه ای تیجیک، مورینا، توپر و امیلکامپ (۴۹). تفاوتی در میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری مشاهده نکردند. با وجود مطالعات متعدد، برای دستیابی به موثرترین روش درمانی به انجام پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

اگرچه پژوهش‌ها اثربخشی تئاتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش افسردگی تأیید کرده‌اند؛ اما با توجه به ماهیت چندبعدی اختلالات روانی مانند اختلال افسردگی لازم است مشخص شود این درمان‌ها بر کدام یک از ابعاد و نشانه‌های این اختلالات تأثیر دارند و آیا اثر آن‌ها در طول زمان بر همه نشانه‌ها ثابت نشان می‌دهد؟ بعلاوه مرور پیشینه‌های پژوهشی که به مقایسه اثربخشی دو روش تئاتردرمانی

¹ Acceptance and Commitment therapy (ACT)

² defusion

افسردگی برای مدت حداقل سه ماه، دامنه سنی ۱۸-۳۰ سال؛ عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، عدم دریافت درمان روان شناختی هم زمان با هدف درمان؛ اشتغال به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: وجود هر گونه معلولیت جسمی که مانع حضور موثر در برنامه درمانی و انجام تمرینات درمانی شود، وجود علائمی دال بر کندی روانی حرکتی و کلامی شدید؛ ریسک بالای خودکشی؛ ابتلا به هرگونه اختلال همبود روانپزشکی مانند سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال بارز شخصیتی بر اساس سوابق کلینیکی از پیش موجود و مصاحبه بالینی؛ مصرف داروهای ضدافسردگی در طی ماه اخیر و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی.

پس از اجرای پیش‌آزمون، مشارکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی در معرض تئاتردرمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تئاتر درمانی لوتن (۱۳۹۰)) و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد هیز، لوین، پلامب-ویلاردج و پیسترولتو (۲۰۱۳)) قرار گرفتند. گروه سوم یعنی گروه کنترل، هیچ نوع کاربندی آزمایشی را دریافت نکرده و فقط در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شرکت داشت. یک هفته پس از اتمام جلسات گروهی (به منظور ارزیابی نتیجه جلسات) و سه ماه پس از اتمام جلسات (به منظور پیگیری نتایج درمان)، اعضای هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل نمودند. در ادامه خلاصه جلسات، در جدول ۱ و ۲ آمده است.

پروتکل درمانی

جدول ۱- خلاصه جلسات تئاتر درمانی

جلسه	محتوی جلسات
اول: معارفه	ایجاد احساس امنیت و اعتماد بین شخص اول و
و گرم کردن	اعضای گروه، آماده سازی کارگردان و درمانجویان ۲- ایجاد انسجام گروهی ۳- توسعه هم نوایی گروهی ۴- پیدا کردن شخص اول ۵- حرکت دادن شخص اول به صحنه.
دوم:	در این مرحله فعالیت‌هایی انجام داده می‌شود که
انتخاب	اجزای پنهان مسئله شخص اول را روشن

و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و افسردگی دانشجویان پردازند نشان نداد. درحالی‌که ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای تشخیص موثرترین رویکرد درمانی و تعیین کارایی این درمان‌ها در اختلالات بالینی احساس می‌شود. از اینرو پژوهش حاضر در پی آن است که مشخص کند تئاتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر کدام به نوبه خود بر کدام یک از ابعاد افسردگی تاثیر می‌گذارند. و آیا اثر آنها در طول زمان بر این نشانه‌ها دارای ثبات است؟ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال انجام می‌شود که آیا بین میزان اثربخشی تئاتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی است. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۹ بود که به متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده و متخصصان مرکز با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM5 و نمره پرسشنامه افسردگی بک برای آن‌ها تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی داده بودند. از میان افراد واجد شرایط ورود که پس از ارائه توضیحات لازم درمانگر، داوطلب شرکت در برنامه بودند، در مجموع ۶۰ نفر به روش هدفمند انتخاب شده و به روش تصادفی در سه گروه (تئاتردرمانی، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود و خروج به مطالعه شامل موارد زیر بود:

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن اختلال اضطراب اجتماعی که با مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM5، کسب نمره بالاتر از نقطه برش (۲۰ و بالاتر) از پرسشنامه افسردگی بک؛ داشتن اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال

موارد مطلوب از رل نمایشی بیرون بیابند و در همان لحظه هم مورد تعمق و ارزیابی قرار گیرند.

جدول ۲- جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
پیش جلسه اول	معارفه، ایجاد اعتماد، اجرای پرسشنامه‌ها و پیش آزمون معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان اکت، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین جلسات
دوم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و بازخورد، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات دانشجویان از درمان ACT، ایجاد درمادگی خلاق
سوم	مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی به بهبودی آن‌ها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار، مقاومت و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش دانشجویان
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، شناخت هیجانات، حس‌ها بدون قضاوت و بودن در لحظه حال و اکنون
ششم	مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، شناسایی ارزش‌های زندگی، تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی باتاکید بر زمان حال
هفتم	مرور تجارب قبل و بازخورد، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی در دنبال کردن ارزش‌ها، ویژگی اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) بیان می‌شود، مشخص نمودن رفتارها برای تحقق اهداف لیست شده مد نظر هر یک از

شخص اول کند. برای اینکه شخص اول حالت‌های هیجانی خودش را بازسازی کند تکنیک‌هایی وجود دارد مانند صندلی خالی، اتاق تاریک و ...

سوم تا پنجم: وقتی شخص اول شروع به بازی کرد کارگردان (درمانگر) جملات خود را با افعال زمان حال می‌گوید و شخص اول را تشویق می‌کند تا به موقعیت «اکنون و اینجا» جذب شود و همچنین کارگردان (درمانگر) به هنگام اجرا، روش‌ها و تکنیک‌هایی استفاده می‌کند مثل: تغییرات صحنه، اجرای نقش معکوس، ایستادن روی صندلی و سایر روشها را برای حفظ و بالا نگهداشتن تحرک نمایشی به کار می‌برد. بعد از مهیا کردن صحنه کارگردان (درمانگر) افراد یا فرد یاور را انتخاب می‌کند و به صحنه دعوت می‌کند و آنها بلافاصله در نقش هایشان جای می‌گیرند. مثلاً فرد یاور می‌تواند نقش طرف مقابل شخص اصلی را بازی کند اما گاهی هم هست که یاور به عنوان یک فرد مضاعف استفاده می‌شود یعنی جانشین احساسات درونی شخص اول می‌شود، یعنی وقتی شخص اول دارد با فرد مقابلش حرف می‌زند حرفهایی را که دلش می‌خواهد بزند اما نمی‌تواند یاور مضاعف به جای او بیان می‌کند.

ششم تا هشتم: در انتهای کار گروه می‌توان تعمق و ارزیابی را با استفاده از نمایش بحث یا ترکیبی از هر دو انجام داد. در بعضی از جلسات این کار جنبه رسمی به خود می‌گیرد و هر یک از افراد با توجه به تجربه ای که از تئاتر درمانی کسب کرده اند و بر اساس معیارهای مورد توافق اعضای گروه، به ارزیابی فرایند تئاتر درمانی می‌پردازند. ممکن است فرد اهدافی را برای خود مشخص کرده باشد تا از طریق تئاتر درمانی به آن‌ها دست یابد در جلسه اختتامیه اهداف مذکور در پرتو رویدادهای جلسات تئاتر درمانی، ارزیابی و تحلیل می‌شوند. گاهی هم نگاه به گذشته، به آینده و به چگونگی پایان دادن به تجربه تئاتر درمانی ممکن است ساختار محکم تری داشته باشد و موضوعات و

دانشجویان

هشتم درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، در خصوص مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک^۱ ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). توصیف‌ها و مشاهدات در قالب ۲۱ نشانه و نگرش گردآوری و در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ براساس شدت درجه‌بندی شده است. مطالعات در مورد ویرایش ۲۱ ماده ای پرسشنامه بیانگر اعتبار و روایی مناسب پرسشنامه بوده اند (۵۰). بک و همکاران (۱۹۹۶) در نمونه ای از بیماران روانپزشکی غیربستری یک ساختار دو عاملی (نشانه‌های افسردگی شناختی- عاطفی و نشانه‌های بدنی) گزارش کردند. کارمودی (۲۰۰۵) برآزش ساختار دو عاملی پرسشنامه را تایید کردند. کاپسی، اولسو، تورکاپار و کارااوغلان (۲۰۰۸) در نمونه بالینی و غیربالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی را ۰/۹۴ گزارش کردند. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶، برای عامل‌های اول و دوم ۰/۸۴ و ۰/۷۸ محاسبه کردند. ضرایب روایی بین نمره کل افسردگی و عامل‌های شناختی-عاطفی (۰/۹۰) و نگرش منفی-نشانه‌های بدنی (۰/۹۵) و بین دو عامل بالا (۰/۷۵) زیاد بود که بیانگر روایی سازه پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم فارسی است.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه تئاتردرمانی ۲۲/۴۰ (۲/۰۱)؛ پذیرش و تعهد ۲۳/۲۰ (۳/۳۶) و کنترل ۲۳/۱۵ (۲/۱۱) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل

واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. پیش‌فرض‌های استقلال مشاهدات؛ بهنجاری داده‌ها (آزمون کالموگروف اسمیرنوف)؛ همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)؛ نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد افسردگی در مراحل

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه

مؤلفه‌ها	مراحل آزمون	تئاتردرمانی		پذیرش و تعهد		گروه
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
افسردگی پیش آزمون	۲۹/۱۵	۶/۳۵۲	۳۰/۰۰	۶/۲۵۸	۲۹/۶۵	۶/۴۳۴
(نمره کل) پس آزمون	۱۸/۰۰	۳/۶۱۳	۱۹/۳	۳/۶۴۳	۲۸/۴۵	۵/۶۲۴
پیگیری	۱۷/۵۵	۳/۶۰۵	۱۸/۴	۴/۱۲۲	۲۸/۳۵	۵/۶۱۳
نشانه‌های پیش آزمون	۱۳/۴	۴/۵۸۱	۱۳/۸	۴/۲۱۳	۱۴/۱	۳/۲۲۷
شناختی- پس آزمون	۷/۹۵	۲/۷۲۴	۸/۲۵	۳/۰۰۷	۱۳/۰۰	۲/۸۸۴
عاطفی پیگیری	۷/۸	۲/۳۷۵	۸/۱۵	۳/۰۱۴	۱۲/۸۵	۲/۵۸۱
نگرش منفی- پیش آزمون	۱۵/۷۵	۳/۷۵۴	۱۶/۲	۴/۰۴۷	۱۵/۵۵	۴/۱۴۸
نشانه‌های پس آزمون	۱۰/۰۵	۲/۷۶۲	۱۱/۰۵	۲/۷۸۱	۱۵/۴۵	۳/۹۸
بدنی پیگیری	۹/۷۵	۲/۹۱۸	۱۰/۲۵	۲/۷۸۹	۱۵/۵	۴/۰۷۲

فرض کرویت برای هیچ کدام از متغیرها برقرار نبود. هنگامی که مفروضه‌ی نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها در تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برقرار نباشد برای گزارش در بخش اثرات درون گروهی از اصلاح گرین‌هاوس گیسر^۳ استفاده می‌شود. در ادامه تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای متغیر نارضایتی از تصویر بدن در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس جدول ۴ در بخش درون گروهی شامل آزمون (تکرار آزمون) و تعامل آزمون*گروه، تفاوت میانگین افسردگی، نشانه‌های شناختی- عاطفی و نگرش منفی-نشانه‌های بدنی گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < 0/01$). همچنین در بخش بین گروهی شامل متغیرهای آزمایشی (تئاتردرمانی و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت میانگین افسردگی، نشانه‌های شناختی- عاطفی و نگرش منفی-نشانه‌های بدنی در گروه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < 0/01$). با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از

² mixed Variance

³ Greenhouse-Geisser

¹ Beck Depression Inventory

تجربه ضروری بنظر می‌رسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش شده است:

جدول ۴- آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	آزمون	۱/۴۷۶	۱۷۰۶/۷۲۵	۲۳۵/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
(نمره کل)	تعامل	۲/۹۵۲	۳۰۳/۰۵۸	۴۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	آزمون* گروه					
	خطا	۸۴/۱۳۶	۷/۲۳۶			
	گروه	۲	۹۲۶/۲۵	۱۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹
	خطا	۵۷	۶۹/۴۳۵			
نشانه‌های شناختی-	آزمون	۱/۲۳۵	۵۴۴/۹۸۴	۱۹۱/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
عاطفی	تعامل	۲/۴۷	۶۹/۳۱۱	۲۴/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	آزمون* گروه					
	خطا	۷۰/۳۸۲	۲/۸۴			
	گروه	۲	۲۳۶/۴۵	۸/۳۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷
	خطا	۵۷	۲۸/۲۶۱			
نگرش منفی-نشانه‌های	آزمون	۱/۶۸۷	۳۴۹/۱۰۸	۱۰۲/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
بدنی	تعامل	۳/۳۷۴	۸۴/۶۲۴	۲۴/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	آزمون* گروه					
	خطا	۹۶/۱۵۲	۳/۴۲۱			
	گروه	۲	۲۲۷/۴۵	۷/۲۲۵	۰/۰۰۲	۰/۲۰۲
	خطا	۵۷	۳۱/۴۷۹			

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین افسردگی برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

میانگین خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل	تفاوت خطای میانگین‌ها استاندارد معناداری	سطح
۱/۰۷۶	تثاثر درمانی پذیرش و تعهد	-۱	۱/۵۲۱
۲۱/۵۶۷	تثاثر درمانی		۱

افسردگی (نمره کل)

۰/۰۰۱	۱/۵۲۱	-۷/۲۵۰*	کنترل	۱/۰۷۶	۲۲/۵۶۷	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۱/۵۲۱	-۶/۲۵۰*	کنترل	۱/۰۷۶	۲۸/۸۱۷	کنترل	
تعهد							
۰/۰۰۱	۰/۴۸۵	۷/۶۸۳*	پس آزمون	۰/۸۲	۲۹/۶	پیش آزمون	مراحل
۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	۸/۱۶۷*	پیگیری	۰/۵۶۷	۲۱/۹۱۷	پس آزمون	
۰/۲۳۱	۰/۲۶۸	-۰/۴۸۳	پیگیری	۰/۵۸۴	۲۱/۴۳۳	پیگیری	
۱	۰/۹۷۱	-۰/۳۵	پذیرش و تعهد	۰/۶۸۶	۹/۷۱۷	تنااتردرمانی	رویکردهای درمان
۰/۰۰۱	۰/۹۷۱	-۳/۶۰۰*	کنترل	۰/۶۸۶	۱۰/۰۶۷	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۴	۰/۹۷۱	-۳/۲۵۰*	کنترل	۰/۶۸۶	۱۳/۳۱۷	کنترل	
تعهد							
۰/۰۰۱	۰/۲۹	۴/۰۳۳*	پس آزمون	۰/۵۲۳	۱۳/۷۶۷	پیش آزمون	مراحل
۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	۴/۱۶۷*	پیگیری	۰/۳۷۱	۹/۷۳۳	پس آزمون	
۰/۷۱۶	۰/۱۱۲	۰/۱۳۳	پیگیری	۰/۳۴۵	۹/۶	پیگیری	
۱	۱/۰۲۴	-۰/۶۵	پذیرش و تعهد	۰/۷۲۴	۱۱/۸۵	تنااتردرمانی	رویکردهای درمان
۰/۰۰۲	۱/۰۲۴	-۳/۶۵۰*	کنترل	۰/۷۲۴	۱۲/۵	پذیرش و تعهد	
۰/۰۱۵	۱/۰۲۴	-۳/۰۰۰*	کنترل	۰/۷۲۴	۱۵/۵	کنترل	
تعهد							
۰/۰۰۱	۰/۳۳	۳/۶۵۰*	پس آزمون	۰/۵۱۵	۱۵/۸۳۳	پیش آزمون	مراحل
۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۴/۰۰۰*	پیگیری	۰/۴۱۶	۱۲/۱۸۳	پس آزمون	
۰/۴۳	۰/۲۳۶	۰/۳۵	پیگیری	۰/۴۲۷	۱۱/۸۳۳	پیگیری	

نشانه‌های شناختی-عاطفی

نگرش منفی-نشانه‌های بدنی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تنااتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش مطالعه حاضر نشان داد تنااتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی بیماران اثربخشی معنادار دارند. یافته‌های پژوهش اثربخشی تنااتردرمانی در کاهش افسردگی و

بر اساس نتایج جدول ۵ مقایسه جفتی میانگین کلی افسردگی و نشانه‌های آن برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری قابل بررسی است. مقایسه‌هایی با علامت (*) بیانگر این مطلب است که تفاوت میانگین کلی افسردگی و نشانه‌های در آن رویکرد یا مرحله با رویکرد یا مرحله‌ی متناظرش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

نشانه‌های آن را تایید کرد که با یافته‌های پژوهشگران دیگر همخوانی دارد (۳۷، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۱۴، ۱۱، ۲۵، ۳۰).

بازسازی نمایشی تجربه‌های زندگی افراد افسرده در تئاتردرمانی می‌تواند در کاهش افسردگی آنها موثر واقع شود؛ مکانیسم‌های اثرگذاری تئاتردرمانی بر افسردگی را می‌توان در تمرین رفتارهای سازگار، بیان احساسات و هیجانات ابراز نشده، کسب بینش‌های جدید، تغییر ادراک‌های ناسازگار، بهبود مهارت‌های ارتباطی و پاسخدهی عاطفی و ... از طریق برقراری تعامل با تجربیات زندگی، رؤیایا و تخیلات (53) خلاصه نمود. تحلیل و ارزیابی دقیق شرایط بیمار و آگاهی اعضای گروه از این شرایط، در فهم بالینی افسردگی ضروری است. (۵۱).

دانشجویان افسرده و مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، در مهارت‌های اجتماعی اثربخش، کاستی‌هایی دارند، همچنین رفتارهایی نشان می‌دهند که ممکن است از نظر دیگران آزاردهنده باشند، این ویژگی‌ها منجر به کاهش تعاملات اجتماعی و دریافت پاداش‌های اجتماعی می‌شود؛ کاهش تعاملات و پاداش‌ها به نوبه خود افسردگی افراد را افزایش می‌دهد. در تبیین این نتایج میتوان گفت تئاتردرمانی با کاربرد تکنیک‌های نمایشی، مهارت‌های اجتماعی (ابراز وجود، ابراز هیجان‌های مثبت و منفی و ...) افراد افسرده را بهبود می‌بخشد. تمرین این رفتارهای سازگار در فرایند تئاتردرمانی، می‌تواند مهارت‌های اجتماعی دانشجویان را ارتقاء داده؛ در کاهش موارد منفی تعاملات اجتماعی موثر واقع شده و به این ترتیب افسردگی دانشجویان را کاهش دهد.

یکی دیگر از مکانیسم‌های اثرگذاری تئاتردرمانی بر افسردگی و نشانه‌های آن، پالایش روانی و بیان احساسات و هیجانات ابراز نشده است. در فرایند تئاتردرمانی، ترس‌ها، انتظارات، خشم‌های نهفته، هیجانات فراقکنی یا درون فکنی شده، نگرش و قضاوت‌های مراجعان آشکار شده و تکنیک‌های تئاتردرمانی (مانند صندلی خالی، مضاعف‌ساز) به افراد کمک می‌کند احساسات و هیجانات خود را تخلیه و پالایش کنند. به بیان دیگر، تئاتردرمانی با پیوند تحلیل شناختی از مشکلات و

هیجانات فرد افسرده با ابعاد تجربی و کنشی؛ به فرد کمک می‌کند احساسات نهفته خود را به سطح آگاهی منتقل کند. این امر علاوه بر پالایش هیجانی، می‌تواند به کسب بینش جدید درباره مشکلات هیجانی و ... بینجامد. در فرایند تئاتردرمانی، افراد افسرده با بازسازی نمایشی مشکلات و هیجانات خود می‌توانند آنها را از دیدگاهی دیگر بررسی کرده و به ارزیابی زمان حال و گذشته بپردازند، که در نهایت در کسب بینش و یافتن راه حل به آنها کمک می‌کند. افزون بر این، تئاتردرمانی بر زمان حال و اکنون تمرکز دارد. زمان در تئاتردرمانی زمان حال است (حتی در هنگام ترسیم اتفاقات گذشته و یا آینده). توجه به زمان حال علاوه بر افزایش خلاقیت و خودجوشی درمانجویان، در کاهش افسردگی هم اثر می‌گذارد.

نتایج پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی را تایید کرد که با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (۲۲، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۹، ۷، ۴، ۵۳، ۵۲، ۳۴، ۲۹۳۳، ۲۳). همانطور که گفته شد هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری است و پژوهشگران بر این باورند که این درمان از طریق افزایش انعطاف‌پذیری به کاهش افسردگی کمک می‌کند (کو-تولمز، فرناندز-روریگوئز و کونزالز-فرناندز، ۲۰۲۰). در تبیین این مساله می‌توان گفت انعطاف‌پذیری فرد زمانی که بتواند بدون قضاوت کردن و بدون آنکه از تجارب (افکار، احساسات، هیجانات، علایم بدنی و ...) اجتناب کند، به طور کامل در اینجا و اکنون حضور داشته باشد، ارزش‌های خود را شناسایی کرده، و نسبت به انجام فعالیت‌های مهم و باارزش متعهد شود افزایش می‌یابد. می‌توان مکانیسم‌های اثرگذاری گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی را در دو بخش عمده پذیرش (پذیرش، تماس با لحظه حال، گسلش، و ارتباط با خود مشاهده‌گر) و تعهد (تصریح ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) خلاصه نمود.

پذیرش (با کاربرد راهبردهایی مانند ناامیدی سازنده و در ادامه آن بیان استعاره‌هایی مانند بیلچه طلایی) به افراد کمک می‌کند در برخورد با افکار و احساسات دردناک، بدون اینکه در آنها غرق شوند و به جای تلاش‌های بیهوده برای کنترل، رابطه خود را با این تجربه‌های دردناک تغییر دهند (کاهش اجتناب تجربه‌ای). کاربرد

شناختی - عاطفی افراد افسرده کمک می‌کند. همچنین پذیرش را می‌توان به عنوان هسته اصلی تبیین کارآیی درمان در کاهش نگرش منفی - نشانه‌های بدنی افسردگی در نظر گرفت. پذیرش افراد را قادر می‌سازد که در مواجهه با نگرش منفی و نشانه‌های بدنی واکنش‌های اجتنابی کمتری نشان دهند.

در نهایت آموزش تئاتر درمانی از طریق تمرکز بر زمان حال، تغییر ادراک‌های ناسازگار و تمرین رفتارهای سازگار، پالایش هیجانی، بهبود مهارت‌های ارتباطی و ... افسردگی و نشانه‌های شناختی - عاطفی و نگرش منفی - نشانه‌های بدنی را کاهش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و تکنیک‌های پذیرش و اقدام متعهدانه می‌تواند در ایجاد نگرش بدون داوری نسبت به خود، محیط و دیگران اثر گذاشته و با گسلش از افکار ناسازگار، به کاهش نشانه‌های افسردگی کمک کند. با وجود این که این دو درمان تکنیک‌ها و اهداف نظری متفاوتی دارند ولی میزان اثربخشی آنها یکسان بوده است. تداوم نتایج هر دو درمان هم یکسان بوده‌اند. زیرا هر دو درمان از طریق از بین بردن نشانه‌های ناسازگار افسردگی توانسته‌اند در تداوم کاهش نشانه‌ها در طول سه ماه موثر واقع شوند. بنابراین پیشنهاد می‌شود این دو رویکرد درمانی در قالب برنامه‌های مهارت‌های زندگی در دانشگاه‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

جامعه آماری پژوهش محدود به دانشجویان و افراد تحصیل کرده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه باید با احتیاط عمل کرد. همچنین آزمون‌های مورد استفاده در این پژوهش خود - گزارشی بودند و به همین جهت احتمال خطا وجود دارد. با توجه به این که در این پژوهش از روش آموزش گروهی استفاده شد، می‌توان این درمان‌ها را به صورت انفرادی اجرا و نتایج درمان‌های گروهی و انفرادی را با هم مقایسه کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای افزایش فهم و امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری تغییرات در طول درمان از دوره‌های پیگیری با فواصل طولانی‌تری بهره گرفت.

تشکر و قدردانی

اینگونه راهبردها در اصلاح نگرش درمانجویان افسرده به تغییر نیز کمک کرده و در کاهش افسردگی اثر می‌گذارد. (۲،۳) که به نوبه خود افسردگی و اضطراب افراد را شدت می‌بخشد. حضور در لحظه اکنون و اینجا؛ که مشابه مراقبه است؛ منجر به واکنش نشان دادن موثر و در لحظه می‌شود. تمرینات تمرکزی (مانند تمرین رها شدن در رودخانه) با تقویت حضور در لحظه اکنون و اینجا؛ می‌تواند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی‌های شناختی درمانجویان را کاهش داده و با تسهیل انعطاف پذیری روانی آنها، به کاهش افسردگی و نشانه‌های آن منجر شود. این تبیین با یافته‌های مک کتری (۳۹) همخوانی دارد که نشان دادند پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب شناختی و افزایش توانایی تحمل یادآوری و بحث در مورد رویدادهای هیجانی به کاهش افسردگی می‌انجامد.

گسلش با شکستن قواعد دستور زبانی، به شکلی که کلمات در دسرساز به اندازه قبل برای افراد افسرده تهدیدکننده نباشد و رفتار آنها را در کنترل خود نگیرند؛ می‌تواند افسردگی را کاهش دهد (۱۱). چراکه در فرایند گسلش، فرد افسرده می‌آموزد به جای پاسخ دادن به برداشت خود از محرک‌ها، افکار و تجربیات، به آنها همانگونه که هستند پاسخ دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش معنی دار نشانه‌های شناختی - عاطفی و نگرش منفی - نشانه‌های بدنی افسردگی می‌شود. پیگیری‌ها نشانگر پایداری معنی دار کاهش نشانه‌های شناختی - عاطفی و نگرش منفی - نشانه‌های بدنی بودند. پذیرش؛ تماس با لحظه حال و گسلش را می‌توان به عنوان تبیین‌های احتمالی مربوطه به کاهش نشانه‌های شناختی - عاطفی افسردگی در اثر درمان پذیرش و تعهد در نظر گرفت. در فرایند درمان افراد افسرده می‌آموزند به جای تغییر محتوای شناختی بر پذیرش آنچه نمی‌توان بطور مستقیم تغییر داد (افکار، هیجانات، احساسات بدنی) متمرکز شوند. همچنین با کاربرد تماس با لحظه حال و استفاده از فرآیندهای ذهن آگاهی، افراد افسرده یاد می‌گیرند حتی هنگام تجربه رویدادهای ناخواسته با توجه آگاهی و بر اساس ارزش‌های انتخابی خود عمل کنند. گسلش نیز به کاهش نشانه‌های شناختی افسردگی کمک می‌کند. (۳). این فرایندها به کاهش نشانه‌های

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند، هیچگونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان به‌ویژه مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سپاسگزاری و قدردانی می‌کنیم.

References

1. Wang, Q., Ding, F., Chen, D., Zhang, X., Shen, K., Fan, Y., & Li, L. (2020). Intervention Effect of Psychodrama on Depression and Anxiety: A Meta-Analysis Based on Chinese Samples. *The Arts in Psychotherapy*, 101661.
2. Oraki, M., Mehdizadeh, A. and Dortaj, A. (1397). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy focused on emotion regulation and acceptance and commitment-based therapy to reduce the symptoms of low back pain, depression and increase life satisfaction in women with chronic low back pain was associated with major depressive disorder. *Journal of Health Psychology*. 7 (26): 25-43.
3. Bach, P. and Moran, D.J. (1396). Act in action: case conceptualization in the treatment of acceptance and commitment. Translated by Sara Kamali and Niloufar Kian Rad, Tehran: Arjmand Publications.
4. Bond, F.W., Belkaj, J. ; T. and Flexman, Paul. (1394). Acceptance and adherence treatment therapy. (Mosleh Mirzaei and Saman Nonhal) Tehran: Arjmand.
5. Montazeri, A., Mousavi, S.J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A. and Rostami, I. (1392). Depression in Iran: A Systematic Review of Research Papers. *Monitoring*. 12 (6): 567-579.
6. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
7. Blatner, A. (2007). The role of the meta-role: An integrative element in psychology. In C. Baim, J. Burmeister, & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in theory and practice*. London: Routledge.
8. Carmody, D. P. (2005). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students of diverse ethnicity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(1), 22-28.
9. Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120.
10. Rajabi, Gholamreza and Karjo Kasmaei, Sona. (1391). Adequacy of Psychometric Indices of the Persian Version of the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II). *Educational Measurement Quarterly*, 3 (10): 139-158.
11. Harley, J. (2015). Bridging the gap between cognitive therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 131-140.
12. Rezaei, T., Yazdi Ravandi, S., Qala-e-Aiha, AS and Seif Rabiee, M.A. (1394). Depression in medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2014: A study of the role of demographic variables. *Journal of Scientific Researchers*. 13 (4): 1-8.
13. Sa adok, B.J., Sadok, W.A. and Ruiz, p. (2015). Summary of Kaplan & Zadok Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Translated by Farzin Rezaei (1394). Tehran: Arjmand.
14. Shamsaii, F., Yaghmaei, P., Sadeghian, A. and Tapak, L. (1397). Evaluation of stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students of Hamadan University of Medical Sciences. *Psychiatric Nursing*. 6 (3): 26-31.
15. Dayton, Tian (1994). *The Drama within (Psychodrama and experiential theory)*. Deerfield Beach, Florida, Health Communications, Inc.
16. Qatreh Samani, M., Najafi, M. and Rahimian Bogar, A. (1398). Comparison of the effectiveness of intervention based on acceptance and commitment and physiotherapy treatment on depression, anxiety and stress in patients with chronic pain. *Journal of Psychological Sciences*. 74: 159-169.
17. Karami, A., Imrani, R and Danaei, N. (1397). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment based therapy (ACT) on anxiety and depression in preterm infants. *Clinical Psychology Studies*. 31: 139-156
18. Karami, A., Imrani, R and Danaei, N. (1397). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment based therapy (ACT) on anxiety and depression in preterm infants. *Clinical Psychology Studies*. 31: 139-156.
19. Erbay, L. G., Reyhani, İ., Ünal, S., Özcan, C., Özgöçer, T., Uçar, C., & Yıldız, S. (2018). Does Psychodrama Affect Perceived Stress, Anxiety-Depression Scores and Saliva Cortisol in Patients with Depression?. *Psychiatry investigation*, 15(10), 970.
20. Norouzi, M., Mikaeli, F. and Isa Zadegan, A. (1395). Prevalence of social anxiety disorder in students of Urmia University. *Urmia Medical Journal*. 27 (2): 155-166.
21. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
22. A-Tjak, J. G., Morina, N., Boendermaker, W. J., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. (2020). Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 20, 1-11.

23. Rahimi, R., Afshari Nia, K., Gol Mohammadian, M., Jarareh, J and Narimani, b. (1394). Evaluation of the effectiveness of psychodrama on reducing depression in infertile women. *Clinical Psychology Research and Counseling*. 2: 65-85.
24. Afsharinia, M., Goodarzi, N., Duran, B and Taqwa, A. (1395). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing depressive symptoms in military personnel with type 2 diabetes. *Ibn Sina*. 1: 11-18
25. Golmohammadi, P., Ghodrati, G. and Ebrahimi, M.A. (Guide to group therapy based on acceptance and commitment to therapy. Amin Negar Publications: Tehran
26. narimani(1395).Y. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and quality of life in dialysis patients. *Clinical Psychology*. 3: 1-9.
- betes. *Ibn Sina*. 1: 11-18
27. Jamshidi Nazar, F., Zare Bahramabadi, M., Delavar, AS and Rajabi Gilan, N. (1393). The effectiveness of psychoanalytic techniques on internalization symptoms (anxiety, depression and physical complaints) of girls victims of bullying in Kermanshah. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* . 24 (115): 141-147.
28. Dlavar, R. and Haji Alizadeh, K. (1396). Comparison of the effectiveness of group therapy based on acceptance, commitment and medication on the recovery of patients with major depression. *Psychiatric Nursing*. 4: 61-68.
29. Rajabi, G., Attari, Y. and Haghghi, J. (1380). Factor analysis of Beck questionnaire (BDI-21) questions on male students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Educational Sciences and Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University*. 3 and 4: 49-66.
30. Ishaqi, F. and Bahari, F. (1398). Comparison of the effectiveness of psychotherapy and group cognitive therapy and a combination of the two on depression and the intention to seek help from depressed patients. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 6 (1): 107-124.
31. A-Tjak, J. G., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 154-163.
32. Dieringer, D. D., Lenz, J. G., Hayden, S. C., & Peterson, G. W. (2017). The relation of negative career thoughts to depression and hopelessness. *The Career Development Quarterly*, 65(2), 159-172.
33. Erbay, L. G., Reyhani, İ., Ünal, S., Özcan, C., Özgöçer, T., Uçar, C., & Yıldız, S. (2018). Does Psychodrama Affect Perceived Stress, Anxiety-Depression Scores and Saliva Cortisol in Patients with Depression?. *Psychiatry investigation*, 15(10), 970.
34. Gatta, M., Andrea, S., 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.
35. Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Van Rhoads, R. S. (2010). American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 167(Suppl. 10), 9-118.
36. Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
37. Tohing Loin, C., & Özkan, B. (2018). Psychodrama and the emotional state of women dealing with infertility. *Sexuality and Disability*, 36(1), 87-99.
38. Kotolomz, J. D., Grant, D. M., White, E. J., Taylor, D. L., & Frosio, K. E. (2019). Cognitive mechanisms influence the relationship between social anxiety and depression among college students. *Journal of American college health*, 1-7.
39. McKenzie, C. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy for Depression after Psychosis: autobiographical memory specificity and rumination as candidate mechanisms of change: and Clinical research portfolio* (Doctoral dissertation, University of Glasgow).
40. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
41. Holmes, P. (2015). *The inner world outside: Object relations theory and psychodrama*. Routledge.
42. Islam, S., Akter, R., Sikder, T., & Griffiths, M. D. (2020). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among first-year university students in Bangladesh: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.
43. Reta, Y., Ayalew, M., Yeneabat, T., & Bedaso, A. (2020). Social anxiety disorder among undergraduate students of Hawassa University, College of Medicine and Health Sciences, Ethiopia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 571.
44. Johnson, L. A., Edwards, M., Gamboa, A., Hall, J., Robinson, M., & O'Bryant, S. E. (2017). Depression, inflammation, and memory loss among Mexican Americans: analysis of the HABLE cohort. *International psychogeriatrics*, 29(10), 1693-1699.

45. Li, L., Lok, G. K., Mei, S. L., Cui, X. L., An, F. R., Li, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its relationship with quality of life among university students in Macau, Hong Kong and mainland China. *Scientific Reports*, 10(1), 1-8.
46. Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
47. Meckamalil, C., Brodie, L., Hogg-Johnson, S., Carroll, L. J., Jacobs, C., & Côté, P. (2020). The prevalence of anxiety, stress and depressive symptoms in undergraduate students at the Canadian Memorial Chiropractic College. *Journal of American College Health*, 1-6.
48. Phillips Sheesley, A., Pfeffer, M., & Barish, B. (2016). Comedic improv therapy for the treatment of social anxiety disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*, 11(2), 157-169.
49. E tiching, A., Pouffer, M., & Morina, B. (2016). Comedic improv therapy for the treatment of social anxiety disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*, 11(2), 157-169.
50. Rajabi, S., Haghighi, S. F., & Zadeh-Mohammadi, A. (2016). The effectiveness of psychodrama on reducing depression among multiple sclerosis patients. *International Journal of Behavioral Sciences*, 9(4), 32-35.
51. Souilm, N. M., & Ali, S. A. O. (2017). Effect of Psychodrama on the Severity of Symptoms in Depressed Patients. *American Journal of Nursing*, 5(5), 158-164.
52. Sözeri-Varma, G., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., & Özdel, O. (2017). The role of group psychotherapy and psychodrama in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20(4), 308-317.
53. Testoni, I., Cecchini, C., Zulian, M., Guglielmin, M. S., & Cruz, A. S. (2017). Psychodrama in therapeutic communities for drug addiction: A study of four cases investigated using idiographic change process analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 10-20.

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Students' Depression with Social Anxiety Disorder

Received: 30/10/2020 - Accepted: 16/06/2021

Hamideh Samadi¹
Hossein Mehdiان^{2*}
Mehdi Ghasemi³

¹PhD student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

²Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

(Corresponding Author) -

³Assistant Professor of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Email: mahdiyam@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of Psychodrama and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Students' Depression with Social Anxiety Disorder.

Methods: Among students referred to Mashhad University of Medical Sciences counselling center. 60 students were selected through purposeful sampling in this quasi-experimental study and randomly divided into three groups of Psychodrama (N=20), Group Therapy Based on Acceptance and Commitment (N=20) and control group (N=20). All participants were evaluated before and after the intervention and three months after the end of intervention. Beck Depression Inventory (1996) (BDI-II) were used for data collection. Data analyzed by SPSS-21 software using Mixed Variance analysis.

Results: The results showed that both theatrical and group therapy approaches based on acceptance and commitment had a significant difference in reducing depression compared to the control group. (% 5) P

Conclusion: According to the research findings, it can be concluded that theater therapy and group therapy based on acceptance and commitment have a significant effect on depression in people with social anxiety disorder.

Keywords: Psychodrama, Acceptance and Commitment, Depression.