



## 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<sup>۱</sup>

حسین مهدیان<sup>۲\*</sup>

مهدی قاسمی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

<sup>۲</sup>استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>استادیار 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<sup>۱</sup> و افسردگی، علاوه بر شیوع بالا در میان دانشجویان (۲)؛ همبودی بالایی دارند (۳). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> (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<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup>) 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<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup> (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، 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

<sup>1</sup> Social Anxiety

<sup>2</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders

<sup>3</sup> Major Depressive Disorder

<sup>4</sup> Executive functional

<sup>5</sup> psychodrama

<sup>6</sup> Moreno

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. مک‌کنزی (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 تایید 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 ای‌تیجیک، 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 تایید 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 تاثیر 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

می‌دهد. پژوهشگران دیگر نیز تاثیر 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 تایید کرده‌اند. 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<sup>۱</sup> 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 انعطاف‌ناپذیری 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<sup>۲</sup> خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و

<sup>1</sup> Acceptance and Commitment therapy (ACT)

<sup>2</sup> defusion

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 پیستروئو (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 و گرم کردن	ایجاد احساس امنیت و اعتماد بین شخص اول و 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: انتخاب شخص اول	در این مرحله فعالیت‌هایی انجام داده می‌شود که اجزای پنهان مسئله شخص اول را روشن کند. برای اینکه شخص اول حالت‌های هیجانی خودش را بازسازی کند تکنیک‌هایی وجود دارد مانند صندلی خالی، اتاق

و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و افسردگی دانشجویان پیردازند 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 افسردگی برای مدت حداقل سه ماه، دامنه سنی ۱۸-۳۰ سال؛

<sup>1</sup> Pre- Test \_\_ Post- Test

تاریک و ...

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

ششم تا هشتم: در انتهای کار گروه می توان 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 می گیرد 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 می پردازند. 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 می شوند. 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 موارد مطلوب از رل نمایشی بیرون بیایند و در همان لحظه هم مورد تعمق و ارزیابی قرار گیرند.

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 آن ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات دانشجویان از درمان ACT، ایجاد درماندگی خلاق

سوم: مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی به بهبودی آن ها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار، مقاومت و سپس مشکلات و چالش های 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 تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و استعاره ها، 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، حس ها بدون قضاوت و بودن در لحظه حال و اکنون

ششم: مرور تجارب جلسه قبل و بازخورد، شناسایی ارزش های زندگی، تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آن ها، استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تاکید بر زمان حال

هفتم: مرور تجارب قبل و بازخورد، بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش ها، موانع درونی و بیرونی در دنبال کردن ارزش ها، ویژگی اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی) بیان می شود، مشخص نمودن رفتارها برای تحقق اهداف لیست شده مد نظر هر یک از دانشجویان

هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، در خصوص مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و شاخص خود گزارشی برای اندازه گیری نشانه های افسردگی در جمعیت های بالینی و غیر بالینی است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). توصیف ها و مشاهدات در قالب ۲۱ نشانه و نگرش گردآوری و در یک مقیاس چهاردرجه ای از

#### جدول ۲- جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
پیش	معارفه، ایجاد اعتماد، اجرای پرسشنامه ها و پیش آزمون
جلسه	
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه

<sup>1</sup> Beck Depression Inventory

۵	۲۸	۳	۳	۱۸	ون	کل
۱/۶۱۳	۱/۳۵	۱/۱۲۲	۱۸/۴	۱/۶۰۵	پیگیری	
۵	۲۸	۴	۳	۱۷		
۱/۲۲۷	۱۴/۱	۱/۲۱۳	۱۳/۸	۱/۵۸۱	پیش‌آزمه	نشانه‌ها
۳		۴	۴		ون	ی
۱/۸۸۴	۱/۰۰	۱/۰۰۷	۸/۲۵	۱/۷۲۴	پس‌آزمه	شناخت
۲	۱۳	۳	۲		ون	ی-
۱/۵۸۱	۱/۸۵	۱/۰۱۴	۸/۱۵	۱/۳۷۵	پیگیری	عاطفی
۲	۱۲	۳	۲			
۱/۱۴۸	۱/۵۵	۱/۰۴۷	۱۶/۲	۱/۷۵۴	پیش‌آزمه	نگرش
۴	۱۵	۴	۳	۱۵	ون	منفی-
۳/۹۸	۱/۴۵	۱/۷۸۱	۱/۰۵	۱/۷۶۲	پس‌آزمه	نشانه‌ها
	۱۵	۲	۱۱	۲	ون	ی
۱/۰۷۲	۱۵/۵	۱/۷۸۹	۱/۲۵	۱/۹۱۸	پیگیری	بدنی
۴		۲	۱۰	۲		

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 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 گروه درمانی 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 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:

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) برازش ساختار دو عاملی پرسشنامه را تایید کردند. کاپسی، اوسلو، 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 و ویرایش دوم فارسی است.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان 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. پیش فرض‌های 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

مؤلفه	مرحله	تئاتردرمانی		پذیرش و تعهد		گواه
		میانگین	انحرا	میانگین	انحرا	
افسردگی (نمره)	پیش‌آزمه	۱۵	۳۵۲	۱۰۰	۲۵۸	۱/۶۵
	ون	۲۹	۶	۳۰	۶	۲۹
	پس‌آزمه	۱۰۰	۱۹۱۳	۱۹/۳	۱/۶۴۳	۱/۴۵

<sup>2</sup> Greenhouse-Geisser

<sup>1</sup> mixed Variance

**جدول ۴- آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته**

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی (نمره کل)	آزمون	۱/۴۷۶	۱۷۰۶/۷۲۵	۲۳۵/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	تعامل	۲/۹۵۲	۳۰۳/۰۵۸	۴۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	خطا	۸۴/۱۳۶	۷/۲۳۶			
نشانه‌های شناختی - عاطفی	آزمون	۱/۲۳۵	۵۴۴/۹۸۴	۱۹۱/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	تعامل	۲/۴۷	۶۹/۳۱۱	۲۴/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	خطا	۷۰/۳۸۲	۲/۸۴			
نگرش منفی - نشانه‌های بدنی	آزمون	۱/۶۸۷	۳۴۹/۱۰۸	۱۰۲/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	تعامل	۳/۳۷۴	۸۴/۶۲۴	۲۴/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	خطا	۹۶/۱۵۲	۳/۴۲۱			
افسردگی (نمره کل)	آزمون	۱/۴۷۶	۱۷۰۶/۷۲۵	۲۳۵/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	تعامل	۲/۹۵۲	۳۰۳/۰۵۸	۴۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	خطا	۸۴/۱۳۶	۷/۲۳۶			
نشانه‌های شناختی - عاطفی	آزمون	۱/۲۳۵	۵۴۴/۹۸۴	۱۹۱/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	تعامل	۲/۴۷	۶۹/۳۱۱	۲۴/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	خطا	۷۰/۳۸۲	۲/۸۴			
نگرش منفی - نشانه‌های بدنی	آزمون	۱/۶۸۷	۳۴۹/۱۰۸	۱۰۲/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	تعامل	۳/۳۷۴	۸۴/۶۲۴	۲۴/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	خطا	۹۶/۱۵۲	۳/۴۲۱			
افسردگی (نمره کل)	آزمون	۱/۴۷۶	۱۷۰۶/۷۲۵	۲۳۵/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	تعامل	۲/۹۵۲	۳۰۳/۰۵۸	۴۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	خطا	۸۴/۱۳۶	۷/۲۳۶			
نشانه‌های شناختی - عاطفی	آزمون	۱/۲۳۵	۵۴۴/۹۸۴	۱۹۱/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	تعامل	۲/۴۷	۶۹/۳۱۱	۲۴/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	خطا	۷۰/۳۸۲	۲/۸۴			
نگرش منفی - نشانه‌های بدنی	آزمون	۱/۶۸۷	۳۴۹/۱۰۸	۱۰۲/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	تعامل	۳/۳۷۴	۸۴/۶۲۴	۲۴/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	خطا	۹۶/۱۵۲	۳/۴۲۱			

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

میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
۲۱/۵۶۷	۱/۰۷۶	تئاتر درمانی	پذیرش و تعهد	۱/۵۲۱	۱
۲۲/۵۶۷	۱/۰۷۶	کنترل	کنترل	۱/۵۲۱	۰/۰۰۱
۲۸/۸۱۷	۱/۰۷۶	پذیرش و تعهد	کنترل	۱/۵۲۱	۰/۰۰۱
۲۹/۶	۰/۸۲	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۶۸۳*	۰/۰۰۱
۲۱/۹۱۷	۰/۵۶۷	پیش آزمون	پیگیری	۸/۱۶۷*	۰/۰۰۱
۲۱/۴۳۳	۰/۵۸۴	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۸۳	۰/۲۳۱
۹/۷۱۷	۰/۶۸۶	تئاتر درمانی	پذیرش و تعهد	-۰/۳۵	۱
۱۰/۰۶۷	۰/۶۸۶	کنترل	کنترل	-۳/۶۰۰*	۰/۰۰۱
۱۳/۳۱۷	۰/۶۸۶	پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۲۵۰*	۰/۰۰۴

افسردگی (نمره کل)

نشانه‌های

۰/۰۰۱	۰/۲۹	۴/۰۳۳*	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۲۳	۱۳/۷۶۷	پیش آزمون	مراحل	رویکردهای درمان
۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	۴/۱۶۷*	پیگیری		۰/۳۷۱	۹/۷۳۳	پس آزمون		
۰/۷۱۶	۰/۱۱۲	۰/۱۳۳	پیگیری	پس آزمون	۰/۳۴۵	۹/۶	پیگیری		
۱	۱/۰۲۴	-۰/۶۵	پذیرش و تعهد	تئاتردرمانی	۰/۷۲۴	۱۱/۸۵	تئاتردرمانی		
۰/۰۰۲	۱/۰۲۴	-۳/۶۵۰*	کنترل		۰/۷۲۴	۱۲/۵	پذیرش و تعهد		
۰/۰۱۵	۱/۰۲۴	-۳/۰۰۰*	کنترل	پذیرش و تعهد	۰/۷۲۴	۱۵/۵	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۳۳	۳/۶۵۰*	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۱۵	۱۵/۸۳۳	پیش آزمون	مراحل	مراحل
۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۴/۰۰۰*	پیگیری		۰/۴۱۶	۱۲/۱۸۳	پس آزمون		
۰/۴۳	۰/۲۳۶	۰/۳۵	پیگیری	پس آزمون	۰/۴۲۷	۱۱/۸۳۳	پیگیری		

دانشجویان افسرده و مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، در مهارت های اجتماعی اثربخش، کاستی هایی دارند، همچنین رفتارهایی نشان می دهند که ممکن است از نظر دیگران آزاردهنده باشند، این ویژگی ها منجر به کاهش تعاملات اجتماعی و دریافت پاداش های اجتماعی می شود؛ کاهش تعاملات و پاداش ها به نوبه خود افسردگی افراد را افزایش می دهد. در تبیین این نتایج گفت تئاتردرمانی با کاربرد تکنیک های نمایشی، مهارت های اجتماعی (ابراز وجود، ابراز هیجان های مثبت و منفی و ...) افراد افسرده را بهبود می بخشد. تمرین این رفتارهای سازگار در فرایند تئاتردرمانی، می تواند مهارت های 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 مکانیسم های اثرگذاری تئاتردرمانی بر افسردگی و نشانه های آن، پالایش روانی و بیان احساسات و هیجانات ابراز نشده است. در فرایند تئاتردرمانی، ترس ها، انتظارات، خشم های نهفته، هیجانات فراقکنی یا درون فکنی شده، نگرش و قضاوت های مراجعان آشکار شده و تکنیک های تئاتردرمانی (مانند صندلی خالی، مضاعف ساز) به افراد کمک می کند 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 می کند احساسات نهفته خود را به سطح آگاهی منتقل کند. این امر علاوه بر پالایش هیجانی، می تواند به کسب بینش جدید

بر اساس نتایج جدول ۵ مقایسه جفتی میانگین کلی افسردگی و نشانه های آن برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه گیری قابل بررسی است. مقایسه هایی با علامت (\*) بیانگر این مطلب است که تفاوت میانگین کلی افسردگی و نشانه های در آن رویکرد یا مرحله با رویکرد یا مرحله ی متناظرش در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تئاتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش مطالعه حاضر نشان داد تئاتردرمانی و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی بیماران اثربخشی معنادار دارند. یافته های پژوهش اثربخشی تئاتردرمانی در کاهش افسردگی و نشانه های آن را تایید کرد که با یافته های پژوهشگران دیگر همخوانی دارد (۳۰،۲۵،۱۱،۱۴،۲۷،۲۸،۲۹،۳۷).

بازسازی نمایشی تجربه های زندگی افراد افسرده در تئاتردرمانی می تواند در کاهش افسردگی آنها موثر واقع شود؛ مکانیسم های اثرگذاری تئاتردرمانی بر افسردگی را می توان در تمرین رفتارهای سازگار، بیان احساسات و هیجانات ابراز نشده، کسب بینش های جدید، تغییر ادراک های ناسازگار، بهبود مهارت های 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).



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 مک‌کنزی (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 شناختی-عاطفی افراد افسرده کمک می‌کند. همچنین پذیرش را می‌توان به عنوان هسته اصلی تبیین کارآیی درمان در کاهش

درباره مشکلات هیجانی و ... بینجامد. در فرایند تئاتر درمانی، 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، تئاتر درمانی بر زمان حال و اکنون تمرکز دارد. زمان در تئاتر درمانی 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 (کوئو-لمز، 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 با ارزش 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 اینگونه راهبردها در اصلاح نگرش درمانجویان افسرده به تغییر نیز کمک کرده و در کاهش افسردگی اثر می‌گذارد. (۲، ۳) که به

### تعارض در منافع

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

### 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

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 تئاتردرمانی 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 گسلس 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 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

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

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 Haghighi, 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, I., 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 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, I., 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

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-Oğuzhanoğlu, 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.

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

*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 Samadi<sup>1</sup>  
Hossein Mehdian<sup>2\*</sup>  
Mehdi Ghasemi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

(Corresponding Author) -

<sup>3</sup>Assistant 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.