

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۱ پاییز ۱۳۹۲

### مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روان‌درمانی بین فردی در کاهش افسردگی غیربالینی زنان باردار

علی قره‌داغی<sup>۱</sup>  
عبدالله شفیق‌آبادی<sup>۲</sup>  
بتول حسین رشیدی<sup>۳</sup>  
کیومرث فرحبخش<sup>۴</sup>  
معصومه اسمعیلی<sup>۵</sup>

#### چکیده

تعداد زیادی از زنان در طول سال‌های زایمان گرفتار تجربه افسردگی می‌شوند و این موضوع بر اسطوره بهزیستی بی‌قید و شرط دوران بارداری خط بطلان می‌کشد. میزان شیوع افسردگی دوران بارداری در طول سه ماهه نخست تقریباً ۷/۴٪، در طول سه ماهه دوم ۱۲/۸٪، و سرانجام در سه ماهه سوم در ۱۲٪ است. درمان‌های دارویی و غیردارویی مختلفی ارائه شده‌اند که در این میان مقبولیت کلی داروی ضدافسردگی در بین این گروه‌ها پایین است. مطالعات مختلف CBT و IPT را توصیه کرده‌اند که در این پژوهش اثربخشی این دو روش مقایسه شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) در فاصله ماه‌های فروردین، اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۲ بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در مرحله بعد تعداد ۲۴ نفر از این مجموعه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۲ نفره (گروه CBT و گروه IPT) بصورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. از هر دو گروه پیش‌آزمون (BDI) به عمل آمد و سپس CBT در طی ۸ جلسه و IPT در ۸ جلسه به صورت هفتگی اجرا شد و نهایتاً پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل نتایج از آزمون آماری ANCOVA استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها (F=۱۴/۴۲) از مقدار F بحرانی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. بنابراین به خاطر کمتر بودن میانگین پس‌آزمون گروه CBT نسبت به گروه IPT می‌توان نتیجه گرفت که قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه CBT موجب کاهش بیشتر نمره‌های آنها در پس‌آزمون افسردگی شده است. این مطالعه و مرور نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که در مجموع CBT از IPT برای زنان باردار افسرده بهتر است. باساختار بودن، کوتاه‌مدت بودن، عینی بودن، انطباق‌پذیری بالا داشتن با نمونه‌های مختلف درمانی و آموزشی، تکلیف‌مدار بودن، و افزایش سهم کنترل فرد بر نوسانات خلقی خود از جمله عواملی هستند که درمان شناختی رفتاری را به روان‌درمانی بین فردی ترجیح می‌دهند.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، روان‌درمانی بین فردی، افسردگی، بارداری.

Gmail: dr.gharadaghi@gmail.com

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

۲- استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

۳- دانشیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

۵- دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

ع- این پژوهش از مساعدت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در فراهم ساختن آزمودنی‌ها و مقدمات پژوهش برخوردار گشت که از تمامی کمک‌هایشان تشکر و قدردانی می‌شود. از مسئولان مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) مخصوصاً سرکار خانم حق‌اللهی و نیز از خانم‌های بارداری که در جلسات شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

## مقدمه

وضعیت بهداشت روانی و فیزیکی زنان باردار تأثیر مستقیمی بر بهزیستی مادر و نوزاد دارد (سوارز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). بارداری اتفاق رایجی در بین زنان در سنین باروری<sup>۲</sup> است و اغلب زمان شادی و خوشحالی برای مادران آستن در نظر گرفته می‌شود (روزانا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). هر چند که بارداری تجربه بهنجاری برای اکثر زنان است، نوسانات علائم روانشناختی که زنان در خلال دوره بارداری تجربه می‌کنند به خوبی شناخته نشده‌اند. برخی‌ها افزایش‌های ناچیزی را در علائم افسردگی در سه ماهه اول مشاهده می‌کنند، و دیگران کاهش خلقی را در خلال دوره بارداری نشان می‌دهند. وقتی برافراشتگی‌هایی در علائم افسردگی مشاهده می‌شود، غالباً دال بر اضطراب یا استرس هست، و سطح برافراشتگی در علائم روانشناختی در زنان باردار دارای موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، بالاتر است (سولومون<sup>۴</sup> همکاران، ۲۰۰۶).

تعداد زیادی از زنان در طول سال‌های زایمان گرفتار تجربه افسردگی می‌شوند. این حقیقت که ۱۰٪-۱۲٪ زنان باردار افسردگی را تجربه می‌کنند بر اسطوره بهزیستی بی‌قید و شرط دوران بارداری خط بطلان می‌کشد (اسپینلی<sup>۵</sup> و اندیکات<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ بیلینگ<sup>۷</sup>، مکابی<sup>۸</sup>، آنتونی، ۲۰۰۶؛ هاوتون<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۹، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۹). در مطالعه‌ای شیوع افسردگی زنان پیش از تولد نوزاد از ۷٪-۲۰٪ گزارش شده است (گودمن و تایر-ویولا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). مطالعه بهنامی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) در ایران نشان داد که شیوع افسردگی در زنان باردار ۲۸/۸٪ است (به نقل از بنازاده، باغبان، فاتحی‌زاده، ۱۳۸۶).

مطالعات اخیر در خصوص میزان شیوع افسردگی دوران بارداری حاکی از آن است که شیوع افسردگی در طول سه ماهه نخست بارداری تقریباً ۷/۴٪، در طول سه ماهه

1- Soares  
3- Rosanna  
5- Spinelli  
7- Beiling  
9- Howton

2- reproductive  
4- Solomon  
6- Endicott  
8- McCabe  
10- Goodman & Tyer-viola

دوم شیوع این بیماری به ۱۲/۸٪ افزایش می‌یابد، و سرانجام در سه ماهه سوم در ۱۲٪ بدون تغییر باقی می‌ماند (بارت<sup>۱</sup> و هندریک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). برای بسیاری از زنان، دوره پیش از تولد نمایانگر زمان افزایش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری روانپزشکی است. شمار قابل توجهی از زنان شروع اولین اختلالات اضطرابی یا خلقی را در طول بارداری یا در چند ماه نخست بعد از تولد تجربه می‌کنند، و کسانی که دارای تاریخچه اختلال روانپزشکی هستند، در خطر فزاینده تکرار یا عود علائم قرار دارند. آشفتگی روانپزشکی پیش از تولد تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و بهزیستی شخصی زنان دارد و، اگر بدون درمان و نامکشوف باقی بمانند، ممکن است تأثیر منفی بر رشد نوزاد و جنین داشته باشد. با وجود این، نرخ درمان و کشف اضطراب و افسردگی پیش از تولد به‌طور هشدار دهنده‌ای پایین است (بنویسیوس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ گودمن و تایر-ویولا، ۲۰۱۰).

اختلالات روانپزشکی در طول بارداری نه تنها بر بهزیستی مادر تأثیر می‌گذارند، بلکه ممکن است خطر پیامدهای بارداری ضعیف را نیز افزایش دهند. حتی بعد از سازگاری با متغیرهای زایمانی و جمعیت‌شناسی اجتماعی<sup>۴</sup>، در بسیاری از مطالعات اختلالات روان‌پریشی و افسردگی و اضطراب دوران بارداری با خطر فزاینده ناهنجاری‌های جفتی<sup>۵</sup>، مسمومیت خونی<sup>۶</sup>، وزن کم نوزاد هنگام تولد، درد زایمان زودرس، و پریشانی جنینی مرتبط بوده‌اند. رفتارهای بهداشتی ضعیف مرتبط با افسردگی و اضطراب (از قبیل فقر تغذیه، مراقبت بهداشتی ناکافی، و استفاده از الکل و مواد غیرمجاز) ممکن است ارتباط پیامدهای بارداری متعدد را که در برخی مطالعات گزارش شده‌اند، توضیح دهد (بارت و هندریک، ۲۰۰۵). یک فراتحلیل از ۵۹ مطالعه نرخ فزاینده‌ای از آغاز افسردگی در طول بارداری و دوره پس از زایمان یافت. شواهد حاکی از آن هستند که افسردگی پس از زایمان می‌تواند بخشی از یک پیوستار، با شروع بیماری در دوره بارداری باشد. یک مطالعه طولی کوارت<sup>۷</sup> نشان داد که علایم افسردگی در دوره بارداری واقعاً شایع‌تر از دوره

1- Burt

3- Bunevicius

5- placental

7- cohort

2- Hendrick

4- sociodemographic

6- preeclampsia

پس از زایمان هستند (بونویسیوس و همکاران، ۲۰۰۹).

قوی‌ترین عامل خطر برای افسردگی دوره بارداری، تاریخچه افسردگی فرد است. تاریخچه خانوادگی افسردگی یا اختلال دو قطبی، بدرفتاری در کودکی، مادر تنها بودن، داشتن بین از سه فرزند، حاملگی ناخواسته، عدم ارتباط مناسب با همسر، سیگار کشیدن، وضعیت شغلی مادر، درآمد پایین، استرس‌ها (مثل کشمکش و اختلافات با همسر)، سابقه مصرف سیگار، الکل و سایر داروهای غیرمجاز، سابقه مشکلات و عوارض حاملگی مثل سقط و مرگ جنین داخل رحمی، تهوع و استفراغ‌های زیاد دوران بارداری و همچنین سابقه اختلال شخصیت، سن کمتر از ۲۰ سال، حمایت اجتماعی اندک و خشونت خانگی عوامل مداخله‌گر دیگر هستند (استیوارت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ لالوئی و کاشانی‌زاده، ۱۳۸۶؛ احمدزاده، عمرانی‌فرد و صادقی‌زاده، ۱۳۸۵). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند به بی‌توجهی به خود و در نتیجه تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو، خطراتی برای پیوند ضعیف کودک-مادری، سبک دلبستگی نوزاد، و مشکلات رفتاری در فرزند و عدم مراقبت ناکافی دوران بارداری منجر شود و خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد و در موارد نادری خودکشی را به دنبال داشته باشد (زوکرمین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰، به نقل از بنازاده، باغبان و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۶؛ میلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). افسردگی پیش از تولد درمان نشده می‌تواند با استفاده طولانی مدت از مرخصی استعلاجی، اختلال عملکرد مادانه، مراقبت ناکافی پیش از تولد، و سوءمصرف مواد همراه باشد، و بر همه آن چیزهایی که می‌تواند بر پیامدهای تولد تأثیر بگذارد، اثر سوء داشته باشد. اضطراب و افسردگی بیماری‌های همبود<sup>۴</sup> معمول هستند. رابطه نیرومندی بین اضطراب در طول بارداری و اضطراب و افسردگی پس از زایمان مشاهده شده است (گودمن و تایر-ویولا، ۲۰۱۰).

به‌رغم آگاهی عمومی و برنامه‌ریزی اقدامات ارزنده در جهت بهبود بهداشت جسمی زنان باردار، توجه چندانی به بهداشت روانی زنان باردار در طول حاملگی نمی‌شود. مشکلات و اختلالات روانی موجب کاهش سلامت روان مادر در بارداری شده است که

1- Stewart  
3- Miller

2- Zukerman  
4- comorbidity

به‌نوبه خود به ایجاد تهوع و استفراغ در اوایل بارداری، محدودیت رشد جنین و عواقب ناخوشایند در زایمان منجر می‌گردد. جهت برطرف نمودن این مشکلات می‌توان از روش‌های مختلفی مانند برنامه‌های حمایتی و آموزشی، انجام مداخلاتی جهت تعدیل و مقابله با استرس‌های دوران بارداری استفاده کرد (احمدزاده، عمرانی‌فرد و صادقی‌زاده، ۱۳۸۵؛ هاس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، هونجو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از عباسی تفضلی، اسماعیلی و حسن آبادی، ۱۳۸۷). اکثر زنان مداخلات روانشناختی را به داروی ضدافسردگی در دوره بارداری و دوره پس از تولد ترجیح می‌دهند، و مقبولیت کلی داروی ضدافسردگی در بین این گروه‌ها پایین است. از این روی شناسایی مداخلات اثر بخش بالاخص مداخلات روانشناختی برای این جمعیت حوزه پژوهشی مهم و در حال رشدی می‌باشد (سوکول<sup>۳</sup>، اپرسون<sup>۴</sup>، و باربر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). نور درمانی<sup>۶</sup> و ماساژ درمانی (فیلد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، استفاده از اسیدهای چرب دارای حلقه‌های اشباع نشده امگا-۳، تکنیک‌های تن آرامی (بارت و هندریک، ۲۰۰۵)، پویائی‌های حمایتی و رابطه‌ای زوجین (بلانچارد<sup>۸</sup>، هادسون<sup>۹</sup>، گان<sup>۱۰</sup>، جس<sup>۱۱</sup>، و وایت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹) نمونه‌هایی از درمان‌های جایگزین هستند که افسردگی پیش از تولد را کاهش داده‌اند. از این روی، این پژوهش برای کاهش افسردگی زنان باردار می‌کوشد با مداخلات روانشناختی سلامت مادر و نوزاد را فراهم آورد و از آسیب‌های استفاده از داروهای ضدافسردگی بکاهد. برای زنانی که در دوره بارداری یا دوره پس از زایمان افسردگی خفیف یا متوسط دارند، NICE<sup>۱۳</sup> راهبردهای خود-یاری هدایت شده درمان شناختی رفتاری به کمک کامپیوتر، مشاوره غیرمستقیم ارائه شده در منزل، درمان شناختی رفتاری یا روان‌درمانی بین فردی را توصیه کرده است (استیونسون<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

1- Hass	2- Honjo
3- Sockol	4- Epperson
5- Barber	6- light therapy
7- Field	8- Blanchard
9- Hodgson	10- Gunn
11- Jesse	12- White
13- National Institute for Health and Clinical Excellence	14- Stevenson

در این راستا مفروضه بنیادی دیدگاه رفتاری‌شناختی این است که اکثر عواطف، شناخت‌ها، و رفتارهای غامض و مشکل‌ساز آموخته شده‌اند و می‌توانند بوسیله یادگیری جدید تغییر داده شوند. این فرایند اغلب «درمان» نامیده می‌شود، با این حال یک جزء مهم این فرایند، آموزشی است. (کوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). IPT (روان‌درمانی بین فردی)<sup>۲</sup> توسط کلرمن، و همکارانش در دهه ۱۹۷۰ بر اساس نظریه‌های هری استک سالیوان<sup>۳</sup>، که به رشد شخصیت در پاسخ به تجارب موجود در تعاملات بین فردی تاکید می‌کند، آدولف می‌یر<sup>۴</sup> که معتقد است اختلالات روانشناختی حاصل کشمکش فرد در انطباق یافتن با روابط و محیط بزرگ‌تر است، و نظریه دلبستگی<sup>۵</sup> جان بالبی<sup>۶</sup> که بر رابطه بین فقدان دلبستگی‌های مهم و افسردگی تاکید می‌کند، برمی‌گردد (مافسون<sup>۷</sup> و سیلس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ لونسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). بر این اساس هدف پژوهش عبارت است از مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و روان‌درمانی بین فردی (IPT) در کاهش میزان افسردگی زنان باردار. درمان شناختی-رفتاری که هدف اولیه آن عبارت است از تغییر دادن نحوه اندیشیدن مادر درباره خودش، فرزندش، و بارداری‌اش؛ و روان‌درمانی بین فردی که بر انتقال نقش، نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی، سوگ، مشاجرات بین فردی و اختلاف نقش تمرکز می‌کند، مداخلات موثری برای زنان باردار شناخته شده‌اند (وایزمن<sup>۱۰</sup>، مارکوویتز<sup>۱۱</sup>، کلرمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). ترجمه محمدخانی و زمستانی، ۱۳۸۸؛ براندون<sup>۱۳</sup> و فریمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱؛ بارت و هندریک، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای هورویتز<sup>۱۵</sup>، گاربر<sup>۱۶</sup> و سیسلا<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۷) برای پیشگیری از علائم افسردگی در نوجوانان از دو برنامه شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری بین فردی استفاده کردند. هر دو گروه نسبت به گروه کنترل سطوح افسردگی پایین‌تری نشان دادند، اما نمرات کاهش افسردگی دو گروه

1- Cory

3- Harry Stack Sullivan

5- attachment theory

7- Mufson

9- Levenson

11- Markowitz

13- Brandon

15- Horowitz

17- Ciesla

2- Interpersonal Psychotherapy

4- Adolf Meyer

6- John Bowlby

8- Sills

10- Wissman

12- Klerman

14- Freeman

16- Garber

مداخلاتی تفاوت معنی‌داری از یکدیگر نداشت. اندازه اثر گزارش شده برای درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی بین فردی به ترتیب ۰/۳۷ و ۰/۲۶ بود. برنامه همکاری پژوهشی موسسه ملی بهداشت روانی درمان افسردگی دریافت که CBT، IPT، و دارو درمانی در کاهش علائم افسردگی به طور مساوی موثر هستند (الکین<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از کلارک<sup>۲</sup>، تلاچک<sup>۳</sup> و ونزل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

سوکول، اپرسون، و باربر (۲۰۱۱) فراتحلیلی را درباره درمان‌های موثر برای افسردگی پیش از تولد انجام دادند. آنها در این تحلیل به مقایسه درمان‌های دارویی و درمان‌های روانشناختی پرداختند که بخشی از تحقیق‌شان نیز این بود که کدام یک از درمان‌های روانشناختی بر درمان‌های روانشناختی دیگر اولویت دارد. نتایج این تحلیل شواهدی دال بر اثربخشی طیفی از مداخلات برای افسردگی پیش از تولد فراهم کرد. همه مداخلات بررسی شده بهبودی نظام داری از مرحله پیش از درمان تا مرحله پس از درمان نشان دادند. همچنین همه مداخلات با اندازه اثر کلی در دامنه متوسط نسبت به شرایط کنترل برتری نشان دادند. این یافته‌ها حاکی از برتری IPT به CBT برای درمان افسردگی پیش از تولد دلالت‌های مهمی برای بالینگران و محققان در بر دارد.

با توجه به مبانی نظری و پژوهش ذکر شده هدف اصلی این پژوهش بررسی تطبیقی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی بین فردی در کاهش میزان افسردگی زنان باردار بود.

## روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) تهران در سال ۱۳۹۲ بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر آزمودنی‌های مورد نیاز خود را از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز هدف انتخاب کرد. به منظور انتخاب آزمودنی‌ها،

1- Elkin  
3- Tluzck

2- Clark  
4- Wenzel

ابتدا هماهنگی‌هایی با متخصصان مرکز صورت گرفت تا افراد مراجعه‌کننده را برای تکمیل پرسشنامه افسردگی بک (BDI)<sup>۱</sup> به پرسشگر مستقر در دفتر مشاوره مرکز ارجاع دهند. سپس پرسشنامه افسردگی بک BDI بر روی افراد داوطلب اجرا و کسانی که واجد شرایط ذیل بودند انتخاب شدند: (۱) کسانی که در BDI نمره بالاتر از ۱۶ کسب کنند؛ (۲) از همسرانشان جدا زندگی نکنند؛ (۳) دارای سواد خواندن و نوشتن باشند؛ (۴) از داروهای ضدافسردگی یا سایر داروهای روانپزشکی در حال حاضر استفاده نکنند؛ (۵) در نیمه دوم سه ماهه سوم بارداری هستند و نهایتاً (۶) گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۲ نفره (گروه CBT و گروه IPT) جایگزین شدند. قبل از شروع جلسات، به هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان پژوهش قرار گیرند. برای گروه آزمایش اول، درمان شناختی- رفتاری در طی ۸ جلسه به صورت هفتگی ارائه شد، و برای گروه آزمایش دوم، جلسات IPT در ۸ جلسه اجرا شد. بعد از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. شرح جلسات هر دو گروه به صورت خلاصه در زیر می‌آید. این پژوهش توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد و کد IRCT به شماره 201305195181n9 دریافت کرد.

### جلسات درمان شناختی- رفتاری<sup>۲</sup>

ابتدا فرایند درمان توضیح داده می‌شود. جلسات به سه حوزه تقسیم می‌شوند. ۱-افکار چگونه خلق شما را تحت تاثیر قرار می‌دهند. ۲-اعمال چگونه خلق شما را تحت تاثیر قرار می‌دهند و ۳-تماس با سایر افراد چگونه خلق شما را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

جلسه اول و دوم: هدف درمان شناختی رفتاری افسردگی یاد دادن روش‌هایی برای کنترل بهتر خلق مان است. در جلسه اول و دوم چهار هدف متصور است: کاستن از شدت احساسات افسردگی، کوتاه‌تر کردن زمانی که ما افسرده هستیم، آموزش روش‌هایی برای پیشگیری از دوباره افسرده شدن، و داشتن این احساس که کنترل بیشتری

1- Beck Depression Inventory

۲- با اقتباس از (Jeanne Miranda و Ricardo Munoz (2000)



بر زندگی‌مان داریم.

جلسه سوم و چهارم: افکار بر خلق اثر می‌گذارند: انواع خاص فکر کردن تفاوت‌هایی را در خلق شما به وجود می‌آورد: برخی افکار احتمال افسرده شدن شما را بیشتر خواهند کرد. افکار دیگر احتمال افسرده شدن شما را کمتر خواهند کرد. افکار چه چیزی هستند؟ افکار ایده‌ها و نظراتی هستند که ما به خودمان می‌گوییم. ۱- ما در همه زمان‌ها در سرمان گفتگو می‌کنیم، اما همیشه از آن آگاه نیستیم. فکر کردن درباره افکار به عنوان چیزهایی که تاثیر واقعی بر جسم و ذهن ما دارند، موثر و مفید است و این که تفکر افسرده‌کننده شبیه چیست؟ روش‌های افزایش تفکر سالم: به خودتان تشویقی بدهید؛ فهرستی از افکار خوب درباره خودتان و زندگی‌تان تهیه کنید. روش ABCD را برای گستاخانه صحبت کردن با افکارتان تمرین کنید.

جلسه پنجم و ششم: آموزش دادن این که چگونه فعالیت‌های روزانه چگونگی احساس ما را تحت تاثیر قرار می‌دهند. آیا به خاطر این که افسرده هستید انجام دادن کارهایی را متوقف کرده‌اید؟ آیا چون انجام دادن کارهایی را متوقف کرده‌اید افسرده شده‌اید؟ فعالیت‌های دلپذیر (چک‌لیست در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌گیرد) چیزهایی هستند که شما می‌توانید با انجام دادن آنها احساس خوشحالی کنید و اغلب در شما احساس راحتی ایجاد می‌کنند.

جلسه هفتم و هشتم: ما بر روی نحوه‌ای که ارتباط و تماس با مردم بر خلق ما تأثیر می‌گذارد، کار خواهیم کرد. سطوح بالاتر افسردگی مربوط هستند به: ۱- تماس کمتر با مردم ۲- احساس ناراحتی با مردم ۳- ساکت‌تر بودن، کمتر صحبت کردن ۴- کمتر جراتمند بودن، به عبارت دیگر، اظهار نکردن دوست داشتن‌ها و دوست نداشتن‌هایتان ۵- حساسیت بیشتر داشتن به نادیده گرفتن شدن، انتقاد شدن یا طرد شدن.

### جلسات روان‌درمانی بین فردی<sup>۱</sup>

جلسه اول و دوم: ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن

۱- با اقتباس از (۲۰۰۷) Rebecca Reay در واحد آکادمیک طب روانشناختی بیمارستان کانبرا، استرالیا

مشکلات، آموزش نظریه IPT به اعضای گروه و نقش‌شان در درمان، مرتبط ساختن علائم اعضا به بافت بین فردی، یکی ساختن حوزه‌های مشکل اصلی و تعیین/تصحیح اهداف.

جلسه سوم و چهارم: انتقال نقش هر گونه تغییر زندگی است که شامل تغییر دادن شکل یک نقش قدیمی و قرار گرفتن در نقش جدید می‌باشد. انتقال‌های نقش زمانی می‌تواند سخت و دشوار باشد که آنها به سرعت اتفاق بیفتند، وقتی که آنها چندگانه هستند، وقتی نقش قدیمی خیلی ارزشمند باشد و/یا زمانی که آنها زمانی اتفاق بیفتند که حمایت اجتماعی و غیره کاهش یافته باشد. وقتی ما وارد یک انتقال نقش مانند دوره مادری می‌شویم، متمرکز شدن بر بسیاری از نقش‌های جدید و چالش‌های پیش روی ما مهم است.

جلسه پنجم و ششم: موضوعات پیرامون مشاجره‌ها را تهیه کرده و بر روی مدل حل مشاجره‌ها کار می‌شود. «تعارض‌ها و مشاجره‌ها یک بخش معمولی زندگی هستند. ورود یک نوزاد می‌تواند تعارض‌هایی در نقش‌ها و مسئولیت‌ها، پول و صمیمیت ایجاد کند. اغلب زمانی کمی برای صحبت درباره موضوعات وجود دارد و راهنمایی کمی بر روی نحوه حل برخی از این تعارض‌ها ارائه می‌شود. بعضی وقت‌ها تعارض در افسردگی دخیل است، بعضی وقت‌های دیگر افسردگی توانایی زن را برای ارتباط برقرار کردن در بهترین وقت‌هایش تحت تأثیر می‌گذارد، او را تحریک‌پذیر، منزوی و ملول باقی می‌گذارد. پرسش‌هایی درباره مشاجره: با چه کسی مشاجره دارید؟ موضوع مطرح در این مشاجره چیست؟ انتظارات شما از آن شخص چیست؟ فکر می‌کنید انتظارات آنها چیست؟ برای حل مشاجره چه تلاش‌هایی شده‌اند؟ چه چیزی کارگر افتاده و چه چیزی تاثیری نداشته است؟

جلسه هفتم و هشتم: درمانگر با هدف کمک به شرکت‌کننده‌ها در جهت کسب بینش‌هایی نسبت به الگوی موجود در روابط تلاش می‌کند. بسیاری از زنان تا اینجا از الگوهای خود بوسیله این مرحله آگاه هستند و تمییز دادن آن را آسان می‌یابند. درمانگر با

دو یا چند شرکت‌کننده برای بررسی و فهم بهتر الگوهایشان در روابط کار می‌کند. درمانگر از همه اطلاعات ارائه شده در جلسات قبلی برای کار عمیق‌تر با اعضای گروه استفاده می‌کند. درمانگر موضوعات اعضا را به منظور کمک به آنها برای ایجاد بینش‌ها و راه‌حل‌ها برای مشکلات ارتباطی‌شان به هم مرتبط می‌کند. همه ۴ حوزه مشکل و فنون IPT می‌توانند برای مسائل اعضای گروه بکار برده شوند. در این مرحله درمانگر فعالیت کمتری دارد و در عین حال به گروه اجازه می‌دهد راه‌حل‌های شخصی‌شان به مشکلات را تا جای ممکن بوجود آورند. سپس درباره خاتمه گروه آماده‌سازی صورت می‌گیرد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، سابقه سقط، وضعیت حاملگی، چندمین بارداری، و تعداد سال‌های زندگی مشترک بود. پرسشنامه افسردگی بک (BDI) شدت علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند. BDI به عنوان یک آزمون غربالگری افسردگی در بارداری و پس از زایمان اعتباریابی شده است (موس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خود-گزارشی هست که شدت علائم افسردگی را در دو هفته قبل ارزیابی می‌کند. BDI همسانی درونی بالا، روایی آزمون - بازآزمون خوب، و اعتبار افتراقی، همزمان، و سازه خوبی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در طول دوره بارداری دارد (گودمن و تالی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد به اثبات رسیده و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ است. حداقل امتیاز نهایی این پرسشنامه با جمع کردن امتیازات، صفر و حداکثر آن ۶۳ است. بر اساس نمرات، وضعیت فرد به این صورت ارزیابی می‌شود که ۵-۹: دامنه طبیعی، ۱۰-۱۸: افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۹-۲۹: افسردگی خفیف تا شدید، ۳۰-۶۳: افسردگی شدید و زیر ۴: احتمالاً تظاهر به بیمار بودن، شخصیت‌نمایشی (هیستریونیک) یا بینایی، ضمن مطرح بودن افسردگی (کاربخش و صداقت، ۱۳۸۱).

تشخیص افسردگی در طول دوره بارداری به دلیل بی‌خوابی، کاهش انرژی، کاهش

1- Moss

2- Goodman &amp; Tully

تمرکز، و تغییرات اشتها دشوارتر هستند چون [این موارد] هم در بارداری و هم در افسردگی مشترک هست. ابزارهای غربالگری از قبیل پرسشنامه افسردگی بک ممکن است افسردگی را به دلیل همپوشانی اینها با آثار جسمانی<sup>۱</sup> بیش از حد تشخیص دهد، اما برای استفاده در بارداری می‌توانند تغییر داده شوند. با وجود این، مشکل سازتر این است که افسردگی در طول بارداری کمتر از حد تشخیص داده شود. در کلینیک‌هایی که اندازه‌های غربالگری ندارند، افسردگی معنادار اغلب به‌رغم سطوح بالای تماس با متخصصان مراقبت بهداشتی در طول بارداری دچار خطا می‌شود (استوتلند<sup>۲</sup> و استوارت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). بنابراین، گرچه بک و همکاران مطرح می‌کنند که امتیاز بالاتر از ۹ موید افسردگی است ولی چون نشانه‌های سوماتیک (جسمانی) بارداری می‌تواند امتیازات را در ملاک بک افزایش دهد، برخی پیشنهاد می‌کنند که بهتر است آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار بکار رود. در مطالعه‌ای پیشنهاد می‌شود که با در نظر گرفتن امتیاز ۱۶ و بالاتر از آن به عنوان افسردگی در زنان باردار، می‌توانیم در مورد این ابزار به حساسیت ۸۳٪ و ویژگی ۸۹٪ دست بیابیم (لالوئی و کاشانی‌زاده، ۱۳۸۶). برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS 21 استفاده شد.

### یافته‌ها

ابتدا در بخش آمار توصیفی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها به تفکیک توصیف می‌شود. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان گروه CBT به ترتیب ۶ نفر سیکل و ۴ نفر دیپلم، تحصیلات همسران شرکت‌کنندگان شامل ۸ نفر سیکل، ۱ نفر دیپلم، و ۱ نفر لیسانس و بالاتر از آن بودند. ۳ نفر در سه ماهه اول بارداری، ۵ نفر در سه ماهه دوم، و ۲ نفر در سه ماهه سوم بودند. بارداری ۷ نفر خواسته، و ۳ نفر ناخواسته بود. ۲ نفر سابقه سقط داشتند و ۸ نفر چنین تجربه‌ای نداشتند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه IPT به ترتیب ۳ نفر سیکل، ۷ نفر دیپلم، و ۱ نفر لیسانس و بالاتر بودند. تحصیلات همسران

1- somatic  
3- Stewart

2- Stotland

زنان باردار این گروه به ترتیب ۳ نفر سیکل، ۵ نفر دیپلم، و ۳ نفر لیسان و بالاتر بود. ۲ نفر از آنها در سه ماهه اول، ۸ نفر در سه ماهه دوم، و ۱ نفر در سه ماهه سوم قرار داشتند. بارداری ۶ نفر خواسته و ۵ نفر ناخواسته بود و ۵ نفر سابقه داشتند و ۶ نفر بدون سابقه سقط بودند. از گروه CBT یک نفر به خاطر سقط و نفر دوم به دلیل دوری راه از ادامه جلسات خودداری کردند و در گروه IPT نیز یک نفر خاطر دوری راه در جلسات شرکت نکردند.

میانگین و انحراف استاندارد گروه CBT به ترتیب در متغیرهای سن  $28/50$ ،  $5/56$ ، سال مشترک زندگی  $9/10$ ،  $6/98$ ، چندمین بارداری ۲ و  $0/816$  بود. در گروه IPT میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن به ترتیب  $31/36$ ،  $6/53$  سال مشترک زندگی  $10/73$ ،  $5/73$ ، و چندمین بارداری  $2/73$ ،  $0/905$  بود.

میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه CBT و گروه IPT در زیر آمده است. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون گروه CBT به ترتیب  $23/4$  و  $8/343$  بود و برای پس‌آزمون برابر با  $12/6$ ، و  $2/716$  بود. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون گروه IPT  $25/45$ ، و  $9/46$  و برای پس‌آزمون همین گروه برابر با  $16/18$  و  $4/35$  بود.

برای پاسخ به فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس برای ارزیابی همسانی واریانس‌های نمرات پیش‌آزمون افسردگی در گروه CBT و IPT در فرضیه پژوهش از آزمون لون استفاده شد که جدول ۱ نتایج آن را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار آزمون لون غیرمعنی‌دار است. به دلیل این که غیرمعنی‌دار بودن آزمون لون به معنای تأیید فرضیه صفر «واریانس‌های پیش‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش اول و آزمایش دوم همسان است» است، بنابراین می‌توان ادعا کرد که دو گروه از لحاظ پراکندگی متغیر افسردگی در پیش‌آزمون نیز همسان هستند و ما مجاز به انجام تحلیل کوواریانس هستیم.

جدول (۱) آزمون همگنی واریانس‌های لون در گروه‌های CBT و IPT به تفکیک مراحل آزمون

مرحله آزمون	F	df1	df2	سطح معنی‌داری (p)
پیش‌آزمون	۰/۰۹۱	۱	۱۹	۰/۷۸۴
پس‌آزمون	۰/۰۳۸	۱	۱۹	۰/۹۶۲

یکی دیگر از پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس همگنی شیب رگرسیون متغیرها در گروه‌ها است. نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در جدول ۲ آورده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل معنی‌دار نبوده و می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون نمرات افسردگی دو گروه همگن هستند.

جدول (۲) نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نمرات افسردگی در گروه‌های IPT و CBT

متغیر	منبع تغییرات تعامل	F (تعامل)	مرحله: پیش‌آزمون - پس‌آزمون معنی‌داری
افسردگی	گروه × پیش‌آزمون	۲/۶۱۵	۰/۱۲۲

نتایج آزمون آماری تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه پژوهش در جدول ۳ آورده شده است. با توجه به این که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها ( $F=14/42$ ) از مقدار F بحرانی با درجه آزادی (۱۸ و  $df=1$ ) در سطح معنی‌داری  $p=0/05$  ( $4/41$ ) بزرگ‌تر است، فرض صفر مبنی بر برابری میانگین پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌ها در گروه‌های IPT و CBT با اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس‌آزمون پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های IPT و CBT

منابع تغییرات	مجموع مجذورات کل	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	شاخص توان	توان آزمون
پیش‌آزمون افسردگی	۷۲۰۴/۴	۱	۲۰۴/۴	۷۷۱/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۹	۱/۰
گروه	۱۴۱/۳	۱	۱۴۱/۳	۲۱۴/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۹۴۸
خطا	۵۱/۵۷	۱۸	۲/۸۶				
کل	۴۷۴/۰	۲۱					

بنابراین با توجه به کمتر بودن میانگین پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه CBT نسبت به آزمودنی‌های گروه IPT می‌توان نتیجه گرفت که قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه CBT موجب کاهش بیشتر نمره‌های آنها در پس‌آزمون افسردگی شده است و به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری نسبت به روان‌درمانی بین فردی منجر به کاهش بیشتر افسردگی زنان باردار گروه CBT شده است. شاخص اثر بدست آمده حاکی از این است که ۴۴ درصد کاهش افسردگی زنان باردار شرکت کننده در گروه CBT نسبت به گروه IPT را می‌توان به شیوه درمان شناختی رفتاری نسبت داد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری کاهش معنی‌داری نسبت به روان‌درمانی بین فردی در نمرات افسردگی زنان در دوران بارداری دارد. درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی بین فردی بر سنت‌های روانشناختی و فلسفی خیلی متفاوتی مبتنی هستند. سنت‌های CBT مبتنی بر مفروضه‌های اثبات‌گرایی منطقی، تجربی، عقلانی، و شناختی هستند. این رویکرد عناصر هسته‌ای الگوهای شناختی و رفتاری را با هم تلفیق می‌کند و بر کاهش افکار اتوماتیک منفی و باروهای زیربنایی بدکارکرد که علائم ناخواسته‌ای را تحریک می‌کنند تمرکز می‌کند و این کار را با «فرضیه آزمایی» مشترک، تغییر رفتار از طریق تکالیف رفتاری و آموزش مهارت‌ها انجام می‌دهد. سنت‌های IPT بر مفروضه‌های بین فردی، پویایی، و فرایندی مبتنی هستند و از ارتباط بین خلق و تجارب بین فردی کنونی استفاده می‌کنند و بر زمان حال متمرکز هستند و بر تغییرات و چالش‌های بین فردی مهمی که زنان تجربه می‌کنند تمرکز می‌کنند (فرایزر<sup>۱</sup> و سولووی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ الیس<sup>۳</sup>، ۱۹۶۲، کلرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴، به نقل از استاد<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ فیلد و همکاران، ۲۰۰۸؛ فریمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ گریگوریادیس<sup>۷</sup>، راویتز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

1- Fraser  
3- Ellis  
5- Stade  
7- Grigoriadis

2- Solovey  
4- Klerman  
6- Freeman  
8- Ravitz

آموزش‌های درمان شناختی رفتاری که بر عمدتاً بر مولفه‌های درون فردی زنان افسرده باردار تمرکز می‌کند نسبت به روان درمانی بین فردی که تأکید زیادی بر مولفه‌های بین فردی زنان افسرده باردار دارد، افسردگی را بیشتر کاهش می‌دهد. در فراتحلیلی درباره درمان‌های افسردگی دوره بارداری، CBT در سه مطالعه استفاده شده بود. این رویکرد یک شکل دستورالعمل‌دار از روان‌درمانی است که بر افزایش مهارت‌های شناختی، ارزشیابی و تعدیل افکار بدکارکرد، تشویق خود - تقویتی، ایجاد جملات مقابله‌ای مثبت، رشد توانایی‌های حل مسأله، و بهبود مهارت‌های اجتماعی تأکید می‌کند. یک مطالعه شامل مداخله‌ای مرکب از CBT و دارو بود. همچنین یک مداخله گروهی با یک جزء شناختی رفتاری، و یک جزء تحلیل تبادلی به کار برده شده بود. در چهارمین مطالعه IPT استفاده شده بود که یک درمان دستورالعمل‌دار و زمان-محدود برای افسردگی است و بر مشکلات بین فردی مربوط به آغاز اپیزودهای کنونی افسردگی می‌پردازد. هر چهار مطالعه با استفاده از این رویکرد بر نیازهای خاص زنان دارای افسردگی اساسی دوره بارداری و پس از زایمان می‌پرداختند. نتایج این فراتحلیل نشان داد که دارو همراه با درمان شناختی رفتاری (CBT)، دارو به تنهایی بالاترین اندازه‌های اثر را دارا بودند. روان‌درمانی بین فردی اندازه اثر پایین‌تری نشان داد. یافته‌های مقدماتی دارو، به تنهایی یا با CBT، گروه درمانی با CBT، آموزش، و مولفه‌های تحلیل تبادلی؛ روان‌درمانی بین فردی را پیشنهاد کردند و CBT از بین مداخلات آزمون شده بالاترین اندازه اثر را تولید کرد (بلدسو<sup>۱</sup> و گروت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است. اپلبای<sup>۳</sup>، وارنر<sup>۴</sup>، وایتون<sup>۵</sup> و فاراگر<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) درمان شناختی رفتاری را در کاهش افسردگی پس از زایمان همانند فلوکستین اثربخش یافتند. یکی از دلایل برتری درمان شناختی رفتاری بر روان‌درمانی بین فردی در کاهش نمرات افسردگی این پژوهش می‌تواند این باشد که BDI در اصل برای پایش پیشرفت درمان شناختی رفتاری افسردگی به وجود آمد ولی به صورت گسترده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌ها استفاده

1- Bledsoe  
3- Appleby  
5- Whitton

2- Grut  
4- Warner  
6- Faragher



می‌شود (لی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). لذا BDI مفروضه‌های افسردگی CBT را بهتر از مفروضه‌های IPT برآورد می‌کند.

روسلو<sup>۲</sup>، برنال<sup>۳</sup> و ریورا-مدینا<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) CBT و IPT را به صورت فردی و گروهی بر روی علائم افسردگی نوجوانان پورتوریکوئی مقایسه کردند. نتایج حاکی از آن بود که هر دو روش درمانی هم به صورت فردی و هم گروهی درمان‌های نیرومندی هستند. با وجود این، CBT نسبت به IPT کاهش‌های معنی‌داری بیشتری در علائم افسردگی ایجاد کرد و خود-پنداره را بهبود بخشید. این محققان دلایل این برتری را چنین اظهار داشتند: نخست، CBT ممکن است اثربخشی نسبی قوی‌تری نسبت به IPT در درمان سریع علائم افسردگی داشته باشد. ثانیاً، ابزارهای اندازه‌گیری نتایج ممکن است به نفع مداخلات شناختی سوگیری داشته باشد. سومین دلیل ممکن است این باشد که IPT آن طور که باید، اجرا نمی‌شود و وفاداری به [منیوال] مقداری پایین‌تر است. درمان شناختی رفتاری ساختار یافته‌تر است و در مراحل اولیه درمان، رابطه همکارانه‌ای را با درمانگری که نقش کارشناس فعالی به خود می‌گیرد، ایجاد می‌کند. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به دلایل فوق کاهش‌های معنی‌دار بیشتری در نمرات افسردگی ایجاد می‌کند.

برای درمان افسردگی اساسی با استفاده از CBT و IPT، لاتی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه‌ای را بر روی ۱۷۷ بیمار انجام دادند. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین این روش‌های درمانی وجود نداشت، اما CBT در افسردگی شدید موثرتر از IPT بود. پاسخ‌ها در افسردگی خفیف و معتدل قابل مقایسه بود که نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.

علاوه بر این باید بیان داشت که در پژوهش حاضر با تمرکز بر تکنیک‌های شناختی (از قبیل تمرکز بر یک شیء، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خاطرات و خیال‌پردازی‌های

1- Lee

3- Bernal

5- Luty

2- Rossello

4- Rivera-Medina

خوشایند، فعالیت‌های جذاب (که شرح تکالیف خانگی به پیوست اضافه شده است) و راهبردهای رفتاری (از قبیل بازنگری فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و غیره)) و آشنا ساختن آزمودنی‌ها با تعاریف «شناخت» و «رفتار» و این که چگونه اینها بر «خلق» تاثیر می‌گذارند، مهارت‌های تنظیم هیجان و خود-یاری را فرا گرفتند و به صورت هفتگی آنها را انجام دادند. یکی از دلایل اثربخشی معنی‌دار CBT در مقایسه با IPT بر افسردگی می‌تواند ماهیت ساختاری و شناخته شده دستورالعمل‌هایی باشد که اجرای آن برای درمانگرها و مراجعان ساده‌تر است و به خاطر انگیزش بالای دوران بارداری در طول هفته کارآمدی آن را می‌توانند لمس کرده و تعهد بیشتری به درمان داشته باشند. یکی از دلایل دیگر برای اثربخشی بهتر CBT نسبت به IPT در درمان افسردگی دوره بارداری می‌تواند این باشد که IPT نیاز به تعداد جلسات بیشتری دارد. تحقیقات نشان داده است که این نوع درمان غیردارویی بعد از ۱۶ هفته توانسته است بهبودی اساسی در حالات خلقی ایجاد کند (رایان<sup>۱</sup>، میلیس<sup>۲</sup>، میسری، ۲۰۰۵) در حالی که درمان شناختی رفتاری به خاطر تکلیف - مدار بودن (هاوتون، و همکاران، ۱۹۸۹، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۹) و ساختار یافته بودن (روسلو، برنال و ریورا-مدینا، ۲۰۰۸) در تعداد جلسات اندکی به نتیجه می‌رسد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری به خاطر تاکید بر مفروضات درون فردی از قبیل باور، هیجان و رفتار می‌تواند کنترل بیشتری به فرد ارائه کند. این در حالی است که در روان درمانی بین فردی، افسردگی پیامد روابط فرد تلقی می‌شود و همواره سهم فرد در یک رابطه حداکثر به اندازه سهم کسانی است که او با آنها ارتباط دارد. لذا، هر اندازه که فرد افسرده نقش خود را در روابط خویش تغییر دهد، بخشی از تغییرات مربوط به کسانی است که او هیچ کنترلی بر آنها ندارد. از این روی، میزان کنترلی که درمان شناختی رفتاری برای کنترل حالات خلقی به فرد می‌دهد بیشتر از روان درمانی بین فردی است. در مجموع می‌توان از درمان شناختی رفتاری به

1- Ryan

2- Milis

عنوان درمان مرجح برای زنان افسرده باردار استفاده کرد. از نظر پژوهشگر دلایلی چون با ساختار بودن، کوتاه‌مدت بودن، عینی بودن، انطباق‌پذیری بالا داشتن با نمونه‌های مختلف درمانی و آموزشی، تکلیف‌مدار بودن، و افزایش سهم کنترل فرد بر نوسانات خلقی خود از جمله عواملی هستند که درمان شناختی رفتاری را به روان‌درمانی بین فردی ترجیح می‌دهند.

این پژوهش از حیث عدم مشارکت همسران در تکالیف زوجی زنان باردار، نامنظم بودن جلسات به‌خاطر مسائل بارداری از قبیل تجویز استراحت مطلق توسط پزشک، و از سویی نزدیک شدن به هفته‌های انتهایی بارداری که طبیعتاً اجرای برخی مداخلات را ناممکن می‌ساخت محدودیت‌هایی داشت. شایان ذکر است بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود متغیرهایی چون سبک دلبستگی در بارداری‌های خواسته و ناخواسته به صورت جداگانه مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشکل افسردگی دوره بارداری و رابطه آن با سبک اسنادی در زنانی که سابقه سقط دارند، یا همسران‌شان به بچه دار شدن علاقه ندارند، و یا کسانی که به خاطر اعتیاد همسر، مهاجرت یا شاغل بودن منابع حمایتی چندانی دریافت نمی‌کنند بررسی شود. به عنوان پیشنهاد کاربردی توصیه می‌شود درمانگران در مسئله افسردگی دوره بارداری از همکاری مددکار اجتماعی در زمینه اعتیاد همسر استفاده کنند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۰۱/۲۸  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۱۴  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۲۰

## References

## منابع

- احمدزاده، غلامحسین؛ صادقی‌زاده، عاطفه؛ عمرانی فرد، ویکتوریا (۱۳۸۵). شیوع افسردگی در زنان باردار و ارتباط آن با بعضی از عوامل اقتصادی-اجتماعی؛ *مجله پزشکی هرمزگان*، سال دهم، شماره چهارم، صص ۳۲۹-۳۳۴.
- بابانظری، لاله؛ کافی، سیدموسی (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۲، صص ۲۰۶-۲۱۳.
- بنازاده، زهره؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی-رفتاری بر افسردگی دوران بارداری؛ *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، شماره ۹.
- عباسی، علیه؛ تفضلی، مهین؛ اسماعیلی، حبیب‌الله؛ حسن‌آبادی، حسین (۱۳۸۷). تاثیر آموزش رفتارهای مادر-جنین بر سلامت روان مادران نخست باردار در سه ماهه سوم بارداری؛ *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*؛ دوره ۱۵، شماره ۲.
- کاربخش، مژگان. صداقت، مجتبی (۱۳۸۱). افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار؛ *فصلنامه پایش*، سال اول شماره چهارم، صص ۴۹-۵۵.
- لالوئی، افسانه؛ کاشانی‌زاده، نفیسه (۱۳۸۶). تعیین میزان افسردگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراقبت از بارداری بیمارستان‌های بقیه‌الله (عج) و نجمیه تهران؛ *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۲۶، شماره ۳: صص ۳۱۷-۳۲۳.
- وایزمن، میرنا؛ مارکوویتز، جان؛ کلرمن، جرالد (۲۰۰۷). *روان‌درمانی بین فردی: راهنمای فوری متخصصان بالینی*؛ ترجمه پروانه محمدخانی و مهدی زمستانی، (۱۳۸۸)، تهران: دانژه.
- نصیری امیری، فاطمه؛ سلملیان، هاجر؛ حاجی احمدی، محمود؛ احمدی، امیرمسعود (۱۳۸۸). رابطه اضطراب مادر در بروز زایمان زودرس خودبخودی؛ *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره یازدهم، شماره ۴، صفحات ۴۲-۴۸.
- هاوتون، کیت؛ سالکووس کیس، پال؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (۱۹۸۹). *رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*؛ ترجمه قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۸۹) تهران: ارجمند.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., Faragher, B., (1997). A Controlled Study of Fluoxetine and Cognitive-behavioural Counselling in the Treatment of Postnatal Depression, *BMJ*; 314: 932-6.

- 
- Bieling, P.J., McCabe, R.E., Antony, M.M., (2006). *Cognitive-behavioral Therapy in Groups*, New York: The Guilford Press.
- Blanchard, A., Hodgson, J., Gunn, W., Jesse, E. & White, M., (2009). Understanding Social Support and the Couple's Relationship among Women with Depressive Symptoms in Pregnancy, *Issues in mental Health Nursing*, 30: 764-776.
- Bledsoe, S.E., Grote, N.K., (2006). Treating Depression during Pregnancy and Postpartum: A Preliminary Meta-analysis, *Research on Social Work Practice*, Vol. 16 No. 2, 109-120.
- Brandon, A.R., Freeman, M.P., (2011). When She Says "No" to Medication: Psychotherapy for Antepartum Depression; *Curr Psychiatry Rep*, 13: 459-466.
- Bunevicius, Robertas, Kusminskas, Laima, Bunevicius, Adomas, Nadisauskiene, Ruta J., Jureniene Kristina & Pop J.M. Victor, (2009). Psychosocial Risk Factors for Depression during Pregnancy, *ActaObstetricia et Gynecologica*, 88: 599-605
- Burt, V.K., Hendrick, V.C. (2005). *Clinical Manual of Women's Mental Health*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clark, R., Tluzck, A., Wenzel, A., (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression: A preliminary Report, *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 73, No. 4, 441-454.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., Wilson, D., Nearing, G. (2009). Benefits of Combining Massage Therapy with Group Interpersonal Psychotherapy in Prenatally Depressed Women, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 13, 297-303.
- Fraser, J. Scott, Solovey, and Andrew D., (2007). Second-Order Change in Psychotherapy: The Golden Thread That Unifies Effective Treatments; Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Freeman, M.P., (2007) Antenatal Depression: Navigating the Treatment Dilemmas; *American Journal of Psychiatry*, 164; 8.
- Goodman, J.H., Tyer-Viola L. (2010). Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and Anxiety by Obstetrical Providers; *Journal of Women's Health* Volume 19, Number 3, 219-229.

- Goodman, S.H., Tully, E.C. (2009). Recurrence of Depression of during Pregnancy: Psychological and Personal Functioning Correlates; *Depression and Anxiety*. 26: 557-567
- Grigoriadis, S., Ravitz, P. (2007). An Approach to Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression Focusing on Interpersonal Changes; *Canadian Family Physician*; Vol 53.
- Henshaw, C., Cox, J., Barton, J. (2009). *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorder*, London: The Royal College Publication.
- Horowitz, J.L., Garber, J., Ciesla, J.A. (2007). Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A Randomized Trial of Cognitive-behavioral and Interpersonal Prevention Programs, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75, No. 5, 693-706.
- Lee, D.T.S., Chan, S. S. M., Sohata, D.S., Yip, A. S.K., Tsui, M., Chung, T.K.H., (2004). A Prevalence Study of Antenatal Depression among Chinese Women, *Journal of Affective Disorders*, 82, 93-99.
- Levenson, H., Butler, S.F., Powers, T.A., Beitman, B.D. (2005). *Cocise Guide to Brief Dynamic and Interpersonal Therapy*; Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Luty, S.E., Carter, F.J.D., McKenzie, J.M., Franzcp. (2007). Randomised Controlled trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive-behavioral Therapy for Depression, *The British Journal of Psychiatry*, 190: 496-502.
- Miller, L., Gur, M., Shanok, A., and Weissman, M., (2008). Interpersonal Psychotherapy with Pregnant Adolescents: Two Pilot Studies, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:7, pp 733-742
- Moss, K.M., Skouteris, H., Wertheim, E.H., Paxton, S.J, Milgrom, J. (2009). Depressive and Anxiety Symptoms through Late Pregnancy and the First Year Post Birth: an Examination of Prospective Relationships; *Arch Women's Ment Health* 12:345-349.
- Mufson, L., Sills, R., (2006). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A): An Overview, *Nord J Psychiatry*; 60: 431-437.
- Rosanna, S., Ruby, G., Luu, P., Lisa, A.C., Donna, S., Neil, R.P., Wanda, N. (2009). Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life during Pregnancy and After Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study; *Matern Child Health Journal*; 13:577-587.

- 
- Rossello, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and Group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with Depressive Symptoms, *Journal of Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol. 14, No. 3, 234-245.
- Ryan, D., Milis, L., Misri, N. (2005). Depression during Pregnancy, *Canadian Family Physician*; 51: 1087- 1093.
- Soares, R.M., Nunes, L., Schmidt, M.G.A. Manzolli, P.C.S., Buss, C., Michele, D., Melere C., Hoffman, J., Ozcariz, S., Manenti, C.N., Pinheiro, A.P., Duncan, B.B. (2009). Inappropriate Eating Behaviors During Pregnancy: Prevalence and Associated Factors among Pregnant Women Attending Primary Care in Southern Brazil, *International Journal of Eating Disorders*; 42: 387-393.
- Sockol, E.L., Epperson, C.N., Barber, P.J. (2011). A Meta-analysis of Treatments for Perinatal Depression, *Clinical Psychological Review* 31, 839-849.
- Solomon, L.J., Higgins, S.T., Heil, S.H., Badger, G.J., Mongeon, J.A., Bernstein, I.M. (2006). Psychological Symptoms Following Smoking Cessation in Pregnant Smokers; *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 29, No. 2.
- Spinelli, M.G., Endicott, J. (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women, *American Journal Psychiatry*, 160:3
- Stade, B.C., Bailey, C., Dzendoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D. (2009). *Psychological and/or Educational Interventions for Reducing Alcohol Consumption in Pregnant Women and Women Planning Pregnancy* (Review), The Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons.
- Stevenson, M.D., Scope, A., Sutcliffe, P.A., Booth, A., Slade, P., Parry, G. (2010). Group Cognitive Behavioural Therapy for Postnatal Depression: A Systematic Review of Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness and Value of Information Analyses, *Health Technol Assess*; 14(44)
- Stewart, D.E. (2011). Depression during Pregnancy, *The New England Journal of Medicine*; 365: 1605-11.
- Stotland, N.L., Stewart, D.E. (2000). *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*; Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
-