

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیک، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. **روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منطقه یک شهر مشهد در فصل‌های بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتار درمانی دیالکتیکی، گروه دوم روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم فلوواکسامین و گروه سوم ترکیبی از هر دو روش دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو و دشواری تنظیم هیجان بودند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج برای کاهش ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از روش رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده شود.

کلمات کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی، ناگویی هیجانی، دشواری تنظیم هیجان، افسردگی پس از زایمان.

میلااد شیرخانی^۱
نگار میری^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.

Email: miring2@mums.ac.ir

مقدمه

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد تازه متولد شده یکی از حساس‌ترین مراحل رشد زندگی زنان است و در این مقطع زمانی یک بحران فیزیولوژیک روحی، روانی و هیجانی به وقوع می‌پیوندد که می‌تواند باعث سردرگمی، تغییر هویت فرد و افسردگی پس از زایمان (PPD) شود (۱). افسردگی پس از زایمان مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال روانی پس از زایمان است که حداکثر طی دو تا شش هفته بعد از زایمان شروع شده و علائم آن شامل گریه کردن، دل‌سردی، خلق ناپایدار، احساس عدم کفایت و ناتوانی در نقش مادری است (۲، ۳). میانگین فراوانی افسردگی پس از زایمان حدود ۱۳ تا ۱۹ درصد است، با این حال برخی مطالعات در کشور ایران میزان آن را تا حدود ۳۰ درصد نیز گزارش کردند (۴، ۵). با اینکه علت افسردگی پس از زایمان مشخص نیست، اما این اختلال یک اختلال چندعاملی است که از عوامل مهم آن می‌توان به تغییرات هورمونی پس از زایمان، تطبیق روانشناختی لازم پس از تولد، کمبود خواب و مراقبت از نوزاد اشاره کرد (۶). افسردگی پس از زایمان کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک را تغییر می‌دهد و علاوه بر آن روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه‌های مختلف رابطه با همسر را تحت تاثیر قرار می‌دهد و مشکلات متعددی را به وجود می‌آورد (۷).

افسردگی پس از زایمان می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی فراوانی شود که یکی از آنها ناگویی هیجانی است (۸). ناگویی هیجانی سازه‌ای چندوجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مرتبط با انگیزندگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود به خاطر فقر در خیال‌پردازی و دارای سبک شناختی عینی هستند (۹). ناگویی هیجانی نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود و این افراد در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران

محدود است (۱۰). ناگویی هیجانی دارای دو جنبه شناختی (به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است (۱۱).

یکی دیگر از مشکلات زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، مشکلات در تنظیم هیجان است (۱۲). هیجان‌ها به دلایل تکاملی، اجتماعی، ارتباطی و تاثیر آن بر تصمیم‌گیری و سلامت مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است (۱۳). تنظیم هیجان به عنوان یک فرایند مهم در پژوهش و درمان آسیب‌شناسی روانی و برخی حالت‌های پاتولوژیک جسمانی مورد توجه قرار گرفته است و تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، ابراز هیجانی و شدت و یا نوع تجارب هیجانی به کار می‌روند (۱۴). تنظیم هیجانی شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان فعالیت می‌کنند (۱۵). توانایی مدیریت هیجان باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر بالاست از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند، در مقابل کسانی که تنظیم هیجان پایینی دارند برای مقابله با هیجان منفی خود عموماً از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب یا ناسازگار استفاده می‌کنند (۱۶).

زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارای مشکلات روان‌شناختی فراوانی هستند، برای بهبود این مشکلات روش‌های زیادی وجود دارد که یکی از آنها رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۷) و دیگری دارو درمانی (۱۸) است. رفتار درمانی دیالکتیکی توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ تدوین شد و یکی از روش‌های درمانی شناختی رفتاری است که بر تغییرات رفتاری تمرکز دارد (۱۹). این روش مبتنی بر اصل تغییر است که با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش هستند، درآمیخته و دارای چهار مولفه هوشیاری فراگیر بنیادی و تحمل‌پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی است (۲۰). هدف نهایی رفتار درمانی دیالکتیکی پذیرش فرد و رفتارهای او بدون قضاوت کردن درباره آنها است. بر اساس آن هیجان‌ها اصیل و واقعی هستند و به طور مکرر تجربه می‌شوند،

۱. Postpartum Depression

۲. Linhan

تنهایی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کافی نیست. همچنین شواهد حاکی از اثربخشی درمان‌های غیردارویی در ترکیب با دارو درمانی هنوز کامل نیست، لذا زمانی که درمان‌های غیردارویی برای بیماران با شکست مواجه می‌شود و یا اثربخشی کمی دارد، استفاده از دارو درمانی در ترکیب با رویکردهای درمانی مانند رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند موثر باشد (۳۰). در همین راستا نتایج پژوهش اخوان و سجادیان در سال ۲۰۱۶ بر روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی همراه با دارو در مقایسه با دارو درمانی باعث کاهش ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شد (۳۱).

با توجه به مطالب مطرح شده، پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی مختلف در بهبود ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان و عوارض دارو درمانی در بهبود ویژگی‌ها موجود است؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAUTorbatjam.REC.1397.11 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام بود. از آن جا که مطالعه حاضر در پی مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیک، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود؛ طرح کلی پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انتخاب شد. جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منطقه یک شهر مشهد در فصل‌های بهار و تابستان سال

ولی می‌توان واکنش به آنها را تعدیل و اصلاح کرد (۲۱). پژوهش زالوسکی، لويس و مارتین در سال ۲۰۱۸ نتایج به‌دست آمده نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک برنامه کاربردی و روش درمانی موثر بر بهبود اختلالات روانی در بهبود تنظیم هیجان موثر است (۲۲). مطالعه رابینسون و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها گردید (۲۳). نتایج پژوهش فاسبندر و همکاران در سال ۲۰۱۶ نتایج نشان دادند که هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثرند (۲۴). در پژوهش گودمن و همکاران در سال ۲۰۱۴ نتایج نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود تنظیم هیجان و فعالیت آمیگدال در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گردید (۲۵). همچنین نتایج پژوهش بایگان و همکاران در سال ۲۰۱۶ نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک روش مداخله بر کاهش ناگویی هیجانی، استرس و نشانه‌های دیابت در بیماران دیابتی موثر است (۲۶).

یکی دیگر از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی دارو درمانی است (۱۸). در سال‌های اخیر داروهای بسیاری برای کنترل و درمان افسردگی به بازار آمده است؛ به طوری که نقش عمده‌ای برای آماده‌سازی بیماری برای روان‌درمانی و یا سایر خدمات درمانی ایفا می‌کند (۲۷). از جمله این داروها می‌توان به مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین-نوراپی نفرین و ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای اشاره نمود (۲۸). در پژوهش کوچ و همکاران در سال ۲۰۱۱ نتایج به دست آمده نشان دادند که دارو درمانی کوتاه مدت (پنج تا دوازده هفته) باعث بهبود تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گردید (۲۹). با این حال دارو درمانی دارای عوارض زیادی است و هرگز به

1. Zalewski, Lewis & Martin

2. Robinson

3. Fassbinder

4. Koch

۱۳۹۷ بودند. برای تعیین حجم نمونه از معادله برآورد تعداد نمونه فلیس^۱ به شرح زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

بر اساس پژوهش نداف شرف، قلی پور و توپکانلویی در سال ۱۳۹۴، $\sigma = 1/75$ ، $d = 2/12$ ، $\text{Power} = 0/90$ و $\alpha = 0/05$ است، لذا حجم نمونه $14/27$ محاسبه شد که در این پژوهش حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۳۲). بنابراین برای انتخاب نمونه از میان اعضای جامعه ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه مساوی (۱۵ نفر گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، ۱۵ نفر گروه دارو درمانی و ۱۵ نفر گروه ترکیبی) قرار گرفتند. همچنین گروه‌ها به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی: در این بخش از افراد اطلاعات شخصی شامل محدوده سنی، میزان تحصیلات، تعداد زایمان، سابقه مشکلات جسمی و روان‌شناختی و راه برقراری ارتباط مجدد برای ارسال یافته‌های پژوهش گرفته شد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه بوده و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) می‌سنجد. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره بالاتر به معنای ناگویی هیجانی بیشتر می‌باشد. آیدان^۳ در سال ۲۰۱۵ ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۰، دشواری در توصیف احساسات

۰/۵۷، تفکر عینی ۰/۶۳ و برای نمره کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش کرد (۳۳). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵، تفکر عینی ۰/۷۲ و برای کل مقیاس نیز ۰/۸۵ به دست آمد. پایایی آزمون- بازآزمون در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای نمره کل ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان نیز بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این پرسشنامه و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت (۳۴).

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (DERS): پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و روئر طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت است. هر گویه پنج گزینه دارد و پاسخگو باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. این پرسشنامه دارای شش مؤلفه است: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار است و هر ۶ مقیاس آن آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند (۳۵). همچنین در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در این پژوهش‌ها ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در کنترل تکانه از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰،

1. Fleiss

2. Toronto alexithymia questionnaire

3. Aydan

4. Difficulties in Emotion Regulation Scale

مداخله در گروه های آزمایش آنان از لحاظ متغیرهای ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک های ورود به مطالعه شامل برخورداری از سلامت جسمی، گذشت حداقل دو هفته پس از زایمان، داشتن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، داشتن افسردگی پس از زایمان با تشخیص روانپزشک، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم داشتن فرزند معلول و عدم رخداد تنش زا مثل طلاق، مرگ و غیره در شش ماه گذشته و ملاک های خروج از مطالعه شامل استفاده از روش های درمانی دیگر به طور همزمان، انصراف از ادامه همکاری، تکمیل پرسشنامه ها به صورت ناقص و غیبت دو جلسه و بیشتر از آن است.

فرآیند مداخله

رفتار درمانی دیالکتیکی بر اساس روش پیشنهادی لینهان در سال ۲۰۰۸ است (۳۷) که این درمان شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که توسط نجارپور استادی و خلعتبری در سال ۱۳۹۴ تأیید و استفاده شد (۳۸). محتوی رفتار درمانی دیالکتیکی به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱- محتوی مداخله به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
جلسه اول	بیان قوانین و مقررات، تعریف دیالکتیک، اصول و روش های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشپاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی آموزش داده شد
جلسه دوم	مهارت های بنیادین آشننگی از قبیل روش های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت های لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار با موضوعی دیگر، ترک موقعیت و غیره، تدوین برنامه توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی آموزش داده شد.
جلسه سوم	مهارت های پیشرفته تحمل آشننگی شامل تصویر سازی از مکان امن، کشف ارزش ها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله جدید و تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری آموزش داده شد.

برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب، همسانی درونی این پرسشنامه را تأیید می کند. همچنین پایایی باز آزمایی این پرسشنامه نیز برای پرسش های عدم پذیرش هیجان های منفی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای دشواری در کنترل تکانه از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آمد (۳۶).

شیوه انجام پژوهش

نحوه اجرای پژوهش به این گونه بود که پس از دریافت معرفی از دانشگاه و بیان هدف پژوهش برای مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد اجازه پژوهش و همکاری با پژوهشگر گرفته شد. سپس بعد از بیان هدف های پژوهش برای زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، رضایت آنان برای انجام پژوهش جلب شد. در نهایت ضمن بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده ها به صورت کلی از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان رضایت نامه شرکت در پژوهش گرفته شد. لازم به ذکر است که پیش از مداخله و پس از

جلسه چهارم	مهارت های بنیادین ذهن آگاهی شامل آشنایی با مهارت ها، تمرین بی توجهی و اهمیت مهارت های ذهن آگاهی آموزش داده شد.
جلسه پنجم	مهارت های پیشرفت ذهن آگاهی شامل پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت ها و برجسب ها، قضاوت نکردن ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه ذهن آگاهی و آگاهی از موانع اجرای تمرین ها آموزش داده شد.
جلسه ششم	مهارت های بنیادین و پیشرفت نظم بخشی شامل هیجان ها و نحوه عمل آنها، مهارت های نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجان های سالم، کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجان ها، افزایش هیجان های مثبت، رویارویی با هیجان ها و حل مساله آموزش داده شد.
جلسه هفتم	مهارت های بنیادین ارتباط موثر شامل رفتار منفعل - پرخاشگرانه، تناسب خواسته های من و آنها، نسبت خواسته ها و بایدها، مهارت آموزی، مهارت های کلیدی بین فردی و موانع استفاده از مهارت های بین فردی آموزش داده شد.
جلسه هشتم	مهارت های پیشرفته ارتباط موثر شامل شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته ها، پیش نویس جسارت مندی، گوش دادن جسارت مندانه، نه گفتن و چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین فردی آموزش داده شد.

ویژگی های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه نشان داد که از بین ۴۵ نفر نمونه این پژوهش، دامنه سنی ۲۰-۲۳ سال، ۴ نفر (۸/۸۸ درصد)، ۲۷-۲۴ سال، ۲۲ نفر (۴۸/۸۸ درصد)، ۳۱-۲۸ سال، ۱۴ نفر (۳۱/۱۱ درصد) و ۳۲-۳۵ سال، ۵ نفر (۱۱/۱۱ درصد) بودند. از بین این تعداد شرکت کننده، ۲۰ نفر (۴۴/۴۴ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۴ نفر (۳۱/۱۱ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۴ نفر (۸/۸۸ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس بودند. در بین شرکت کنندگان ۲۳ نفر اولین زایمان، ۲۰ نفر دومین زایمان و ۲ نفر نیز سومین زایمان ایشان بود. در جدول ۲ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها ارائه شده است.

در روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در پایان هر جلسه تکلیفی بر اساس آموزش های آن جلسه ارائه شد و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی آنها به آنان بازخورد داده شد. لازم به ذکر است که برای دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیب رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه ای تشکیل شد، برای گروه دارو درمانی بر اساس نظر روانپزشک از مهارکننده های بازجذب سروتونین که در این پژوهش از فلوواکسامین (۲۰۰ میلی گرم روزانه) استفاده شد. رفتار درمانی دیالکتیکی توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک دوره رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی توسط یک روانپزشک انجام شد.

نتایج

جدول ۲- شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه ها در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

متغیرها/گروه ها		رفتار درمانی دیالکتیکی		دارو درمانی		ترکیبی	
پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M

۵/۵۷	۴۸/۴۶	۶/۰۹	۵۹/۸۶	۴/۵۶	۵۲/۶۶	۵/۷۴۰	۵۸/۳۳	۶/۵۸	۴۶/۸۰	۵/۳۳	۵۶/۷۳	ناگویی هیجانی
۱۱/۶۳	۱۰۴/۵۳	۱۳/۶۲	۱۳۲/۲۶	۱۳/۹۵	۱۲۱/۸۶	۱۳/۴۰	۱۲۹/۰۶	۹/۵۰	۱۰۴/۸۰	۱۳/۸۷	۱۲۷/۰۰	دشواری تنظیم هیجان

قبل از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری داده ها با استفاده از نمودارهای جعبه ای مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی وجود ندارد. در

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرها

متغیرها	گروه ها / مراحل	پیش آزمون	پس آزمون
		آماره	معناداری
ناگویی هیجانی	رفتار درمانی دیالکتیکی	۰/۱۰۶	۰/۱۷۹
	دارو درمانی	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰
	ترکیبی	۰/۱۳۴	۰/۲۰۰
دشواری تنظیم هیجان	رفتار درمانی دیالکتیکی	۰/۰۹۲	۰/۱۲۷
	دارو درمانی	۰/۱۰۴	۰/۲۰۰
	ترکیبی	۰/۱۳۰	۰/۱۵۲

طبق نتایج جدول ۳، فرض نرمال بودن همه متغیرهای پژوهش شامل ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برقرار است ($p > 0/05$). چون اختلاف معناداری با توزیع نرمال وجود ندارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر بخشی روش های مداخله بر متغیرهای وابسته در زنان مبتلا به افسردگی

متغیر مستقل	آزمون ها	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
	اثر پیلایی	۱/۴۶۵	۲۴/۶۵۷	۸	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۱/۰۰۰
روش های مداخله	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۲	۳۳/۷۵۸	۸	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۱/۰۰۰
	اثر هاتلینگ	۱۰/۶۲۲	۴۵/۱۴۳	۸	۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۹/۳۳۹	۸۴/۰۵۳	۴	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۴ نتایج هر چهار آزمون نشان می‌دهد که روش‌های مداخله حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثر معنادار دارد. در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون اثر پیلایی به خاطر توان بالای آن استفاده می‌شود که طبق مجذور اتای آن می‌توان گفت که روش‌های مداخله ۷۹/۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند.

با توجه به معنادار شدن نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته (ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان) در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان ارائه شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
ناگویی هیجانی	گروه	۲۵۳/۵۴۹	۲	۱۲۶/۷۷۵	۸/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹	۰/۹۴۳
	خطا	۳۲۲۷/۵۲۱	۳۸	۱۶۱۳/۷۶۰				
دشواری تنظیم هیجان	گروه	۲۱۷/۶۳۴	۲	۱۰۸/۸۱۷	۵۲/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۱/۰۰۰
	خطا	۸۲۲/۶۶۵	۳۸	۴۱۱/۳۳۲				

طبق نتایج جدول ۵ بین گروه‌ها از نظر هر دو متغیر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر روش‌های مداخله بر هر دو متغیر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید.

است (p<۰/۰۵). در انتها و برای بررسی فرضیه پژوهش که آیا بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر متغیر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

متغیرها	گروه اول	گروه دوم	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
ناگویی هیجانی	رفتار درمانی دیالکتیکی	دارو درمانی	-۵/۱۱۰	۱/۴۹۷	۰/۰۰۴
	رفتار درمانی دیالکتیکی	ترکیبی	-۰/۱۴۸	۱/۵۷۱	۱/۰۰۰
دشواری تنظیم هیجان	دارو درمانی	ترکیبی	۴/۹۶۲	۱/۴۷۶	۰/۰۰۵
	رفتار درمانی دیالکتیکی	دارو درمانی	-۱۵/۴۹۴	۲/۰۷۹	۰/۰۰۱
	رفتار درمانی دیالکتیکی	ترکیبی	۴/۲۸۶	۲/۲۰۸	۰/۱۷۹
	دارو درمانی	ترکیبی	۱۹/۷۸۰	۲/۰۷۵	۰/۰۰۱

ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتایج این پژوهش از جهاتی با نتایج پژوهش‌های راینسون و همکاران (۲۳) و همچنین بایگان و همکاران (۲۶) همسو بود. در توضیح یافته‌ها می‌توان گفت که روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی از آن‌ها نسبت به دارو درمانی موثرتر بودند و بین دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی تفاوت معناداری در کاهش ناگویی هیجانی وجود نداشت، یعنی اینکه دارو به تنهایی نتوانسته تأثیر معناداری بر کاهش ناگویی هیجانی بگذارد و به عبارت دیگر وجود و عدم وجود آن از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشته است. پس از میان سه روش رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی، تنها روش رفتار درمانی دیالکتیکی است که باعث تأثیر معنادار بر کاهش ناگویی هیجانی شد.

در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش ناگویی هیجانی بر مبنای لینهان و همکاران (۳۷) می‌توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی چهار مولفه مداخله‌ای را در شیوه درمان خود تحت عنوان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر مطرح کرده است. بنابراین آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی با توجه به چهار مولفه مداخله‌ای در شیوه درمان تحت عنوان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی (مولفه‌های پذیرش) و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی (مولفه‌های تغییر) با ارائه راهکارهای کاربردی می‌تواند نقش موثری در کاهش ناگویی هیجانی داشته باشد.

از طرفی دیگر همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش دشواری تنظیم

طبق نتایج جدول ۶ بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$). همچنین بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی بر دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بر روی ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ که با روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه جایگزین شده بودند، انجام شد.

طبق نتایج جدول ۶، بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی از آن‌ها بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش

هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتایج این پژوهش از جهاتی با نتایج پژوهش‌های زالوسکی و همکاران (۲۲)، فاسیندر و همکاران (۲۴) و همچنین اخوان و سجادیان (۳۱) هم‌سو بود. در توضیح یافته‌ها می‌توان گفت که روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی از آنها نسبت به دارو درمانی موثرتر بودند و بین دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی تفاوت معناداری در کاهش دشواری تنظیم هیجان وجود نداشت، یعنی اینکه دارو به تنهایی نتوانسته تاثیر معناداری بر کاهش دشواری تنظیم هیجان بگذارد و به عبارت دیگر وجود و عدم وجود آن از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشته است. پس از میان سه روش رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی، تنها روش رفتار درمانی دیالکتیکی است که باعث تاثیر معنادار بر کاهش دشواری تنظیم هیجان شد.

در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش دشواری تنظیم هیجان بر مبنای نظر اخوان و سجادیان (۱۳۹۵) می‌توان گفت که روش رفتار درمانی دیالکتیکی مستقیماً دشواری تنظیم هیجان را مورد هدف قرار می‌دهد. هسته اصلی رفتار درمانی دیالکتیکی مهارت‌های ذهن آگاهی و نظم بخشی هیجانی است که به بیمار یاد می‌دهد نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهایشان آگاه باشند، با هیجانات روبرو شوند و بر خلاف امیال شدید هیجانی عمل کنند که این مهارت‌ها زمانی که بیمار با افسردگی مواجه می‌شود، بسیار سودمند است. همچنین در روش رفتار درمانی دیالکتیکی تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان برای نظم بخشی هیجانی و کاهش بی‌ثباتی بسیار اثربخش است (۳۱). بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی با توجه به مطالب مطرح شده می‌تواند باعث بهبود تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با چالش‌ها و محدودیت‌هایی روبرو بوده است که از جمله آن می‌توان به استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی اشاره کرد که همواره دغدغه

صادقانه و دقیق بودن پاسخ‌ها را مطرح می‌نماید چرا که احتمال سوگیری در این شرایط وجود دارد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نیز ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر مثل رغبت و انگیزه بسیار بالای برخی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و رغبت و انگیزه پایین تر برخی دیگر از آنان جهت شرکت در جلسات درمانی و تکمیل کردن پرسشنامه‌ها محدودیت دیگر این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی، دشواری تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش ناگویی هیجانی، دشواری تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود نداشت. در نتیجه مناسب‌ترین روش برای کاهش ناگویی هیجانی، دشواری تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی روش رفتار درمانی دیالکتیکی است. زیرا بین روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی تفاوت معناداری وجود ندارد و دارو درمانی فقط نشانه‌ها را کاهش می‌دهد و خود بیماری را درمان نمی‌کند و پس از قطع دارو احتمال بازگشت زیاد است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را راهنمایی کردند و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در فرآیند نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع میان نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *Journal of midwifery & women's health*. 2020;65(1):96-108.

2. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. *Journal of affective disorders*. 2017;219:105-11.
3. Freitas CJ, Williams-Reade J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z. Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *Journal of affective disorders*. 2016;202:128-36.
4. Mahdavy M, Kheirabadi G. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018 (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2020;14(2):78-85 [Persian].
5. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:379-407.
6. Roberts TA, Hansen S. Association of Hormonal Contraception with depression in the postpartum period. *Contraception*. 2017;96(6):446-52.
7. Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *The Journal of Pediatrics*. 2016;179:61-7.
8. Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2020;7(1):78-89 [Persian].
9. Karukivi M, Tolvanen M, Karlsson H, Karlsson L. Alexithymia and postpartum anxiety and depression symptoms: a follow-up study in a pregnancy cohort. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2015;36(4):142-7.
10. Serafini G, Gonda X, Canepa G, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, et al. Extreme sensory processing patterns show a complex association with depression, and impulsivity, alexithymia, and hopelessness. *Journal of affective disorders*. 2017;210:249-57.
11. Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry research*. 2015;225(3):484-8.
12. Pourkhaleghi N, Askarizadeh G, Fazilat-Pour M. The role of maternal emotional cognitive strategies and newborn gender satisfaction in the postpartum depression in the primiparous women. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2017;7(2):15-24.
13. Grezellschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. *Psychiatry research*. 2015;229(1-2):434-9.
14. Yousefi R, Asghari H, Toghiani E. Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation in cardiac patients and normal individuals. *J Adv Med Biomed Res*. 2016;24(107):130-43.
15. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*. 2019;25:6-10.
16. Berman NC, Shaw AM, Curley EE, Wilhelm S. Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2018;19:44-9.
17. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International journal of women's health*. 2011;3:1-14.
18. Fu S, Li F, Bie L. Drug therapy for chronic subdural hematoma: Bench to bedside. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018;56:16-20.
19. Ben-Porath DD, Federici A, Wisniewski L, Warren M. Dialectical behavior therapy: Does it bring about improvements in affect regulation in individuals with eating disorders? *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2014;44(4):245-51.
20. Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016;52:147-56.
21. Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical behavior therapy with prolonged exposure for adolescents: Rationale and review of the research. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018;25(3):416-26.
22. Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current opinion in psychology*. 2018;21:122-6.
23. Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Archives of psychiatric nursing*. 2018;32(4):512-6.
24. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*. 2016;7(13):1-19.
25. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 2014;57:108-16.
26. Baigan K, Khoshkonesh A, Habibi Askarabad M, Fallahzade H. Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4(3):8-18 [Persian].
27. Ko JK. Comparing the effects of drug therapy, physical therapy, and exercise on pain, disability, and depression in patients with chronic low back pain. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2007;37(5):645-54.

28. Miri N, Nayyeri M. Comparison the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy, Drug Therapy and Their Combination Methods on Depression and Irrational Beliefs in Women with Postpartum Depression. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(2):1-9 [Persian].
29. Koch MW, Glazenborg A, Uyttenboogaart M, Mostert J, De Keyser J. Pharmacologic treatment of depression in multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews*. 2011(2):1-37.
30. Huang J-w, Zhou X-Y, Lu S-J, Xu Y, Hu J-B, Huang M-l, et al. Dialectical behavior therapy-based psychological intervention for woman in late pregnancy and early postpartum suffering from COVID-19: a case report. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B*. 2020;21(5):394-9.
31. Akhavan S, Sajjadian I. Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(3):11-23 [Persian].
32. Naddaf shargh H, Gholi pour M, Toopkanlooi S. The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Postpartum Depression in Nulliparous Women. *journal of ilam university of medical sciences*. 2016; 23(6): 185-195 [Persian].
33. Aydın A. A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;174:720-9.
34. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007;101(1):209-20 [Persian].
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26(1):41-54.
36. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014;24(84):61-70 [Persian].
37. Linehan M. *Dialectical behavior therapy frequently asked questions*. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC. 2008.
38. Najarpour S, Khalatbari J. The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016;10(38):17-26 [Persian].

Original Article

Comparison the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy, Drug Therapy and Their Combination Methods on alexithymia and emotion regulation difficulty in Women with Postpartum Depression

Received: 24/05/2021 - Accepted: 16/09/2021

Milad Shirkhani¹
Negar Miri^{2*}

¹ M. A. Student of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

² Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

Email: miring2@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of research was comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy, drug therapy and their combination methods on alexithymia and emotion regulation difficulty in women with postpartum depression.

Material and Methods: This study was a semi-experimental with a pre-test and post-test design. Research population was women with postpartum depression that referring to health and care centers of Mashhad city in 2018 year. 45 people selected by available sampling method and simple random method with lottery assigned to three groups of 15 people. The first group received 8 sessions of 90 minutes of dialectical behavior therapy, the second group received 200 mg Fluoxetine per day and the third group received a combination of both methods. The research instruments were the questionnaires of Toronto alexithymia (Bagby & et al, 1994) and difficulty in emotion regulation (Gratz & Roemer, 2004). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test methods.

Results: The findings showed that dialectical behavior therapy and combined methods in compared with the drug therapy significantly led to reduce the alexithymia and emotion regulation difficulty in women with postpartum depression, but there was no significant difference between the dialectical behavior therapy and combined methods in reducing their alexithymia and emotion regulation difficulty ($p < 0/05$).

Conclusion: Therefore, it is suggested to reduce the alexithymia and emotion regulation difficulty of women with postpartum depression used from dialectical behavior therapy method.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Drug therapy, Alexithymia, Emotion regulation difficulty, Postpartum depression.