

## بررسی اثربخشی روان درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۱۶

### خلاصه

#### مقدمه

اختلال ملال پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از علائم تکرار شونده‌ی فیزیکی، روانی و رفتاری است که در انتهای چرخه‌ی قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی برطرف می‌شود و موجب اختلال در عملکرد فرد می‌گردد. روش‌های درمانی متعدد بر روی آن موثر بوده است. با توجه به این که نحوه‌ی افکار، احساسات و هیجانات در رشد یا کاهش علائم این اختلال تاثیر می‌گذارد؛ هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

#### روش کار

روش پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۲۸ نفر (۱۴ نفر آزمایش و ۱۴ نفر گروه کنترل) از بیماران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به ابزار پژوهش که عبارت بود از فرم ثبت وضعیت روزانه‌ی علائم پیش از قاعدگی (DRSP) پاسخ دادند. طی ۸ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، روان‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری برای گروه آزمایش انجام پذیرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS (۲۱) و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

#### نتایج

نتایج حاصل از داده‌ها نشان داد روان‌درمانی با رویکرد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار علائم اضطرابی، افسردگی و علائم هیجانی اختلال ملال پیش از قاعدگی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ( $p < 0.05$ ).

#### نتیجه‌گیری

روان‌درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر است.

#### کلمات کلیدی

روان‌درمانی، قاعدگی، اختلال ملال پیش از قاعدگی

**پی‌نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهرا ژیلادرخشانپور<sup>۱\*</sup>

دکتر سید عبدالمجید بحرینیان<sup>۲</sup>

سیده محبوبه خاکپورشمس‌آبادی<sup>۳</sup>

فائزه بحری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی و استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی واحد تهران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنائی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران.

Email: Zhila.derakhshan.dr@gmail.com

## مقدمه

قاعدگی به عنوان یکی از تغییرات زندگی زنان، یک پدیده طبیعی است ولی گاهی این پدیده با علائمی همراه است که آزاردهنده بوده و باعث بروز مشکلات جسمی و روانی برای زنان می‌شود (۱). یکی از آزاردهنده‌ترین این مشکلات اختلال ملال پیش از قاعدگی<sup>۱</sup> یا PMDD است که اثرات منفی بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی دارد (۲، ۳). این اختلال، یک اختلال روان‌تنی<sup>۲</sup> و نوعی از اختلالات افسردگی می‌باشد (۴، ۵) که شامل تغییرات فیزیکی، روانی و رفتاری است که به طور مکرر در اواخر فاز لوتئال<sup>۳</sup> سیکل تولید مثل زنان روی می‌دهد و در هفته‌ی پس از شروع قاعدگی بهبود می‌یابد و باعث درماندگی و اختلال در عملکرد می‌شود (۶، ۷). اتیولوژی اصلی آن هنوز ناشناخته است (۸، ۹). اما به نظر می‌رسد ترکیبی از واکنش‌های بیولوژیک (هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی)، روانی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، ژنتیک، سن، کمبود مواد معدنی و ریزمغذی‌ها است (۱۰، ۶). نظریه پردازان روانشناسی معتقدند که علائم قبل از قاعدگی به دلیل افکار منفی و پاسخ به این افکار وجود می‌آید (۱۱، ۱۲). با این وجود، پژوهشگران بر این اعتقادند که عمده‌ترین دلیل، برهم خوردن تعادل هورمونی بدن باشد (۹). میزان بروز PMDD با افزایش سن، افزایش می‌یابد (۱۳، ۵).

براساس پژوهش‌های انجام شده خارج از کشور، ۳ تا ۵ درصد زنان PMDD را تجربه می‌کنند (۱۰، ۷، ۱). شبیری و همکاران (۱۳۹۵) طبق مطالعه‌ی پژوهشگران شیوع PMDD را در ایران ۳۴/۵ درصد گزارش نموده‌اند (۱۴).

تشخیص مناسب اختلال ملال پیش از قاعدگی به وسیله‌ی دو ماه ارزیابی نشانه‌ی آینده‌نگر تأیید می‌شود (۱۱، ۵). برای تشخیص PMDD، حداقل ۵ نشانه در ۲ دوره متوالی قاعدگی باید وجود داشته باشد، این نشانه‌ها عبارتند از: بی‌ثباتی عاطفی؛ تحریک‌پذیری یا خشم یا افزایش تعارضات بین فردی؛ خلق

افسرده؛ اضطراب یا تنش؛ کاهش علاقه؛ مشکل در تمرکز؛ بی‌حالی، خستگی یا فقدان انرژی؛ تغییر در اشتها؛ پرخواهی یا بی‌خواهی؛ حس غرق بودن یا خارج از کنترل و علائم فیزیکی مانند التهاب و حساسیت پستان، درد مفاصل یا عضله، احساس بادکردگی یا افزایش وزن. نشانه‌ها باید در اغلب چرخه‌های قاعدگی در طول سال گذشته روی داده باشند و باید تاثیر ناگواری بر عملکرد شغلی یا اجتماعی داشته باشند. این علائم، تاثیر ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی حاد یا بیماری جسمی دیگر نیستند. همچنین تشدید نشانه‌های اختلال دیگر، مانند اختلال افسردگی اساسی؛ اختلال وحشت‌زدگی؛ اختلال افسرده خوبی یا اختلال شخصیت نیستند (۱۵، ۶).

اثرات این اختلال در زندگی مانند ناسازگاری با همسر، بدرفتاری با فرزند و انجام رفتارهای جنائی (۱۱) و افت کارایی شغلی در زنان شاغل و افزایش غیبت از محل کار می‌باشد (۱۶). با توجه به اینکه اکثر زنان در زمینه‌های مختلف اجتماعی فعالیت دارند چنانچه درمانی در مورد این افراد صورت نگیرد، عوارض بسیاری بوجود می‌آید (۸).

درمان‌های پیشنهاد شده برای اختلال ملال پیش از قاعدگی، حوزه‌ی وسیعی دارد و شامل تغییر دادن شیوه‌ی زندگی مانند؛ اصلاح و تعدیل‌های غذایی، کاستن و حذف مصرف دخانیات، ورزش منظم، خواب کافی، کاهش دادن سطح استرس با استفاده از طریق کم کردن مسئولیت‌ها و روشهایی مانند تمرین دادن قاطعیت، مدارا کردن با زمان، تمارین آرام‌سازی و کارهای هنری هدایت شده. درمان‌های غیردارویی شامل روان‌درمانی، ماساژ، رفلکسوتراپی، طب شرقی و طب سوزنی و درمان‌های دارویی می‌باشد (۱۰، ۱۱). جراحی برداشتن دو طرفه‌ی تخمدان‌ها، روش قطعی و دائمی سرکوب سیکل تخمدانی و درمان این اختلال است. (۱۱). با توجه به عوارض جانبی داروها و خطرات جراحی و باتوجه به محتویات تفکر منفی مانند افکار بی‌لیاقتی و بی‌کفایتی و تعبیر سوگیری شده از رویدادها توسط این افراد، روان‌درمانی جهت بهبود علائم توصیه شده است (۱۶، ۱۵) از رویکردهای مختلف روان‌درمانی، درمان شناختی رفتاری

<sup>۱</sup> Peremmnstrual dysphoric disorder

<sup>۲</sup> Psychosomatic

<sup>۳</sup> Luteal phase

اعتقادات منفی بر ایجاد هیجانات منفی و رفتارهای ناکارآمد که مسبب و تداوم بخش علائم PMDD می‌باشد، درمان شناختی- رفتاری برای مبتلایان به این اختلال مفید به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان درمانی از دیدگاه شناختی رفتاری بر کاهش شدت علائم پیش از قاعدگی در یک نمونه ایرانی انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر از روش کارآزمایی بالینی به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که از بهمن ماه سال ۱۳۹۵ تا مرداد ماه سال ۱۳۹۶ انجام شده است. جامعه آماری کلیه بانوان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شهر مشهد که در سال ۱۳۹۵ به واحد مامایی و روانشناسی در مرکز بهداشتی درمانی الغدیر مشهد مراجعه نموده‌اند و طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-5<sup>4</sup> و بر اساس مصاحبه بالینی، تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی داده شده بود، تشکیل داد. از بین بانوان تشخیص داده شده مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی با روش نمونه‌گیری در دسترس و رعایت ملاک‌های ورود (مانند تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، کسب نمره ۶۶ و بیشتر از پرسشنامه DRSP<sup>5</sup>، داشتن سیکل‌های منظم قاعدگی، نداشتن اختلال روانشناختی دیگر، عدم ابتلا به بیماری‌های طبی به گفته‌ی خود فرد، عدم استفاده از داروهای موثر بر اختلال ملال پیش از قاعدگی و در معرض قرار نداشتن استرس شدید سه ماه قبل از دوره آموزشی) و خروج (مانند عدم حضور در دو جلسه آموزشی، ابتلا به بیماری‌های طبی و اختلالات روانشناختی در طول دوره درمان، مصرف داروهایی که اثر بر کاهش علائم این اختلال دارند در طول دوره درمان و در معرض استروسورها قرار گرفتن در طول دوره درمان)، ۳۱ نفر با احتمال ریزش انتخاب و بطور تصادفی ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. در این پژوهش برای گروه اول (گروه آزمایش) روان درمانی با رویکرد درمان

(CBT)<sup>1</sup>، که باعث بازسازی افکار و شناخت ناکارآمد و کنترل هیجانات در افراد شده و علائم را کاهش می‌دهد، توصیه می‌شود (۱۵،۱۶). CBT به عنوان یک درمان مؤثر بر انواع مشکلات مختلف روان‌شناختی می‌باشد (۱۶) و یک نوع روان درمانی است که بر روی این که چگونه افکار، عقاید و نگرش افراد بر احساسات و رفتارهای ناکارآمد آن‌ها تأثیر می‌گذارد و با مهارت‌های خاصی که شامل شناخت تفکر تحریف شده، اصلاح باورها، ارتباط با دیگران به روش‌های مختلف است انجام می‌شود و در نهایت فرد یاد می‌گیرد با تغییر دادن تفکر و رفتار، احساس و رفتار مطلوب داشته باشد (۱۷). درمان شناختی رفتاری که متمرکز بر تغییر افکار، احساسات و رفتارهای ناکارآمد می‌باشد و برای درمان طیف وسیعی از مشکلات سلامت مانند افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری، رفتارهای تکانشی، کاهش تمرکز و درد که علائم مشترک با اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌باشد، به دلیل تغییر افکار منفی و افزایش راهبردهای مقابله در کاهش علائم و درمان این اختلال، کاربرد دارد (۱۳).

نتایج پژوهش کامارا و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که تغییرات مرتبط با سیکل قاعدگی در مبتلایان به اختلال ملال پیش از قاعدگی در به وجود آمدن عواطف و احساسات منفی و علائم روانشناختی مبتلایان به این اختلال تأثیر دارد (۱۸). پناهی و فرامرزی (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)<sup>2</sup> بر علائم سندرم قبل از قاعدگی و افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به PMS<sup>3</sup> اثربخش است (۱۹). مدینه‌شات و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی دیگر نتیجه گرفتند که گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم PMS مؤثر است (۲۰). همچنین کرمی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افشای هیجانی در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است (۲۱). با توجه به تحقیقات انجام شده درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پیش از قاعدگی در PMS که شکل تخفیف یافته‌ی این اختلال می‌باشد و با توجه به تأثیر افکار، باورها و

<sup>4</sup> 5<sup>th</sup> Version of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

<sup>5</sup> Daily Record of Severity of problem Chart

<sup>1</sup> Cognitive behaviour therapy

<sup>2</sup> MindfulnessBased Cognitive Therapy

<sup>3</sup> Premenstrual Syndrome

شناختی رفتاری اجرا شد و گروه دوم (کنترل) هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابتدا در پیش آزمون پرسشنامه‌های DRSP به مدت دو ماه در اختیار هر دو گروه قرار داده شد سپس گروه آزمایش توسط درمانگر که خود پژوهشگر می‌باشد آغاز به کار کرد و گروه کنترل در لیست انتظار بودند جلسات درمانی طی ۸ جلسه به صورت هفته ای یک بار و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. در پایان درمان مجدداً پرسشنامه DRSP به مدت دو ماه در اختیار هر دو گروه قرار گرفته و تکمیل شد.

ابزار پژوهش پرسشنامه ثبت وضعیت روزانه علائم یا DRSP: این پرسشنامه برگرفته از معیارهای DSM-5 شدت علائم پیش از قاعدگی شامل ۳۰ سوال، (۳۰ علامت)، را در ۵ دسته علائم: اضطرابی، افسردگی، هیجانی، احتباسی، جسمی طبقه‌بندی می‌کند. افراد شدت علائم روزانه خود را با درجه فقدان علائم تا شدید از ۰ تا ۳ در فرم علامت می‌زنند. مجموع شدت علائم، از ۷ روز قبل از قاعدگی تا روز چهارم قاعدگی محاسبه و بر روزهای بروز تقسیم و به این ترتیب میانگین شدت علائم محاسبه خواهد شد. نمره ۰ تا ۳۳ علائم خفیف، ۳۳ تا ۶۶ علائم متوسط، نمره ۶۶ و بیشتر علائم شدید و PMDD در نظر گرفته خواهد شد. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد در تعیین شدت PMS و PMDD می‌باشد و روایی آن توسط انجمن روانشناسی آمریکا و مطالعات مختلف در ایران مانند پژوهش میرغفوروند و همکاران، (۲۰۱۶) به اثبات رسیده است. میرغفوروند و همکاران (۲۰۱۶) ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ را گزارش کرده اند (۲۲). این پرسشنامه طی ۲ سیکل متوالی تکمیل می‌شود. برای برآورد پایایی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد، مقدار آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمده است.

خلاصه محتوای جلسات درمان: به این صورت بود که جلسه اول: آشنایی با PMDD و ارائه منطق درمان، ارائه مدل سه

سیستمی از شخص، آموزش درک دیدگاه منفی درباره خود، دنیا و آینده و آگاهی از افکار خودآیند منفی و باورهای اصلی، تصویر هدایت شده با تفکر لذت بخش؛ جلسه دوم: آموزش انواع خطاهای منطقی، درجه بندی میزان هیجان‌ها و دسته‌بندی فرآیندهای تفکر، درک پیامدهای رفتاری باورها، آموزش آرمیدگی عضلانی؛ جلسه سوم: دسته بندی ادراک از باورها، آموزش شناسایی طرحواره‌های منفی و خطاهای شناختی؛ جلسه چهارم: تهیه فهرست اصلی باورها و دسته‌بندی آن‌ها، آشنایی تحلیل ABC، درک تحلیل عینی باورها؛ جلسه پنجم: ارزشیابی باورها و تصمیم به انتخاب و نگهداری باورها با تحلیل معیار، تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی؛ جلسه ششم: آموزش تحیل منطقی، تهیه سلسه مراتب از موقعیت‌های مرتبط با باور اصلی، تهیه باور مخالف با باورهای منفی؛ جلسه هفتم: آموزش تکنیک تغییر ادراک، بازدارنده قشری اختیاری، تنبیه خود-خودپاداش-دهی، تکنیک حل مسئله؛ جلسه هشتم: مرور باورها مخالف و منفی قدیمی و مخالف با آن‌ها، آموزش خیال‌پردازی، آموزش شبیه سازی موقعیت‌های واقعی، مرور برنامه و تکلیف. تجزیه و تحلیل داده ها در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش تحلیل کواریانس به کار رفت. برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

### نتایج

تعداد اعضای گروه آزمایش و کنترل پس از خروج افراد از گروه، برابر و هر کدام ۱۴ نفر بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۳ تا ۳۹ سال قرار داشت، میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۴/۲۵ سال بود.

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت را نشان می‌دهد.

جدول ۱- فراوانی و درصد متغیر تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات	فوق دیپلم	۳
	لیسانس	۷
	فوق لیسانس	۱۸
	کل	۲۸
وضعیت تأهل	مجرد	۸
	متاهل	۲۰
	کل	۲۸
وضعیت اشتغال	خانه دار	۸
	شاغل	۲۰
	کل	۲۸

در جدول شماره ۲ شاخص های توصیفی، نمره کلی شدت علائم PMDD و خرده مقیاس های آن در دو مرحله پیش-آزمون و پس آزمون و به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل آمده است.

قبل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیره پیش فرض های مربوط به آن با آزمون شاپیروویلیک بررسی شد و نتایج بیان گر نرمال بودن توزیع داده ها و برقراری پیش فرض های استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره بود.

جدول ۲: شاخص های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون شدت علائم PMDD

شاخص ها	گروه آزمایش			گروه کنترل			PMDD
	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	
پیش آزمون نمره کلی PMDD	۶۶	۸۹	۷۴/۲۹	۷/۶۴	۶۷	۸۹	۷۵/۷۱
پس آزمون نمره کلی PMDD	۵۰	۷۹	۶۲/۴۳	۸/۲۶	۶۸	۹۰	۷۶/۰۷
پیش آزمون اضطراب	۱۸	۲۴	۲۱/۲۱	۲/۱۹	۱۸	۲۴	۲۲/۲۹
پس آزمون اضطراب	۱۲	۲۰	۱۶/۵۷	۲/۳۴	۱۹	۲۴	۲۲/۰۷
پیش آزمون افسردگی	۱۸	۲۴	۲۲/۲۱	۲/۲۲	۱۸	۲۴	۲۲/۹۳
پس آزمون افسردگی	۱۰	۲۳	۱۷/۳۶	۳/۷۵	۱۹	۲۶	۲۲/۵۷
پیش آزمون علائم هیجانی	۴	۱۹	۱۰/۷۹	۴/۲۸	۴	۱۶	۹/۶۴
پس آزمون علائم هیجانی	۲	۱۸	۹/۲۱	۴/۶۴	۵	۱۷	۹/۷۹
پیش آزمون علائم احتباسی	۴	۱۴	۱۰/۴۳	۲/۵۹	۸	۱۴	۱۱/۰۷
پس آزمون علائم احتباسی	۵	۱۵	۱۰/۲۹	۳	۷	۱۵	۱۱/۱۴
پیش آزمون علائم جسمی	۷	۱۴	۹/۶۴	۲/۲۱	۶	۱۵	۹/۷۹
پس آزمون علائم جسمی	۵	۱۲	۹	۲/۰۸	۷	۱۶	۱۰/۵

اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته نشان می دهد که با حذف اثرات پیش آزمون، تفاوت های ناشی از عضویت گروهی برای مبتلایان به PMDD ( $F=53/34, P=0/001$ ) معنادار است. میزان تأثیر درمانی شناختی رفتاری برای متغیر ذکر شده ۷۰٪

نتایج بررسی تأثیرات درمان شناختی رفتاری بر روی هر کدام از متغیر های وابسته از تحلیل چند متغیری در برون داد تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که در جدول شماره ۳ آورده شده است. محتوای جدول زیر که در بردارنده نتایج

می‌باشد. مقایسه میانگین‌های اصلاح شده (جدول ۳) نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در PMDD

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته در پس آزمون

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ای سهمی
پس آزمون PMDD	پیش آزمون	۹۱۹/۴۷۴	۴۸/۴۲۱	۰/۰۰۱	
	عضویت گروهی	۱۰۱۲/۸۳۵	۵۳/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹

است. میزان تأثیر درمانی شناختی رفتاری به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۴۷ و ۰/۳۵ درصد می‌باشد. مقایسه میانگین‌های اصلاح شده (جدول ۴) نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در اضطراب (۱۷/۱۰ در برابر ۲۱/۵۱ درصد)، افسردگی (۱۷/۵۱ در برابر ۲۲/۴۲ درصد) و علائم هیجانی (۸/۵۷ در برابر ۱۰/۴۲ درصد) میانگین‌های پایین‌تر مشاهده شده است. نتایج همچنین نشان داد که در مورد علائم احتباسی و علائم جسمی میزان تأثیر گروه معنی دار نیست ( $P > ۰/۰۵$ ).

نتایج بررسی تأثیرات درمان بر روی هر کدام از علائم PMDD از نتایج تحلیل چند متغیره در برون‌داد تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۴ آمده است. محتوای جدول زیر که در بردارنده نتایج اثرات متغیر مستقل بر هر کدام از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه، است نشان می‌دهد که با حذف اثرات پیش آزمون، تفاوت‌های ناشی از عضویت گروهی برای اضطراب ( $F=۵۵/۲۷$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )، افسردگی ( $P=۰/۰۰۱$ )، علائم هیجانی ( $F=۱۱/۲۵$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )، معنادار

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته در پس آزمون

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ای سهمی
پس آزمون اضطراب	پیش آزمون	۳۱/۱۵۲	۱۴/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	عضویت گروهی	۱۱۸/۷۳۰	۵۵/۲۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
پس آزمون افسردگی	پیش آزمون	۶۰/۵۴۵	۷/۸۴۹	۰/۰۱۱	۰/۲۷۲
	عضویت گروهی	۱۴۴/۳۵۱	۱۸/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
پس آزمون علائم هیجانی	پیش آزمون	۲۷۵/۵۴۵	۱۴۸/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
	عضویت گروهی	۲۰/۸۲۱	۱۱/۲۵۳	۰/۰۰۳	۰/۳۴۹
پس آزمون علائم احتباسی	پیش آزمون	۸۵/۶۷۶	۳۳/۶۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
	عضویت گروهی	۰/۰۳۳	۰/۰۱۳	۰/۹۱۰	۰/۰۰۱
پس آزمون علائم جسمی	پیش آزمون	۴۲/۰۸۷	۲۱/۳۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
	عضویت گروهی	۵/۹۷۷	۳/۰۳۶	۰/۰۹۶	۰/۱۲۶

## بحث

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس که در جدول ۲ ارائه شده است، در مجموع گروه آزمایش پس از انجام روان‌درمانی، کاهش معنی داری را در نمرات PMDD نسبت به گروه کنترل به دست آوردند. همچنین با توجه به نتایج تحلیل کواریانس که در جدول ۳ ارائه شده است، کاهش معنی داری در نمرات علائم اضطرابی، افسردگی و هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به دست آوردند ولی در مورد علائم احتباسی و جسمی میزان تاثیر معنی دار نبود. لذا مطالعه حاضر نشان‌دهنده اثربخشی روان‌درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی است. این نتایج با پژوهش‌های مشابه انجام شده‌ی دیگر در مورد اختلال ملال پیش از قاعدگی همسو است. از جمله در پژوهشی کرانر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی توجه متمرکز بر خود<sup>۲</sup> در کاهش علائم عاطفی و جسمی و دیگر علائم اختلال پیش از قاعدگی کمک می‌کند (۱۲). همچنین بلاد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی روان‌درمانی بر اساس ذهن آگاهی بر کاهش استرس و بهبود علائم زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی را نشان دادند (۲۴). کیمیایی اسدی و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی نشان دادند که آرامسازی و خودگویی عبارت تاکیدی مثبت که نوعی سایکوتراپی است بر کاهش علائم PMS موثر است (۲۵). همچنین نتایج پژوهش سپهری‌راد و توزنده‌جانی (۲۰۱۶) نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم جسمانی و افسردگی اثربخش است اما گروه درمانی شناختی- رفتاری به همراه طب سنتی بر کاهش علائم جسمانی و افسردگی بیشتر از گروه درمانی شناختی- رفتاری به تنهایی موثر است (۱۶). کریمی و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی به اثربخشی درمان تلفیقی شناختی- رفتاری و مکمل کلسیم با ویتامین D بر کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی دست- یافتند (۲۵). نتایج پژوهش کیوس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که روان‌درمانی از دیدگاه CBT با ارائه از طریق اینترنت بر

درمان PMS اثربخش می‌باشد (۱۵). نتایج پژوهش کلینستاوبر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که خط اول درمان دارویی را SSRI<sup>۶</sup>ها و درمان عدم مصرف دارو، روان‌درمانی شامل CBT و ریلکسیشن بر روی اضطراب و افسردگی افراد PMS و PMDD می‌باشد (۲۶). وطن خواه و همکاران (۲۰۱۲) نیز پس از انجام پژوهشی به این نتیجه رسیدند که CBT بر کاهش عصبانیت و سلامت عمومی زنان اثربخش است (۲۷). کاتلین<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌شود (۲۸). هافمنس<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نیز پس از پژوهشی نشان داد که نوردرمانی موجب کاهش علائم PMDD می‌شود و روان‌درمانی با رویکرد CBT در مدیریت و تثبیت درمان نقش مهمی دارد و باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۲۹). همچنین داودی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری / روایتی در کاهش سندرم پیش از قاعدگی موثر است (۳۰).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که مبتلایان به اختلال ملال پیش از قاعدگی از چند دسته علائم جسمی، روانی، رفتاری رنج می‌برند (۳۱) و استفاده از روان‌درمانی با رویکردهای مختلف مانند درمان شناختی رفتاری، تغییراتی در مبتلایان به این اختلال ایجاد کرده و باعث کاهش تجربه‌ی افکار و خاطرات مزاحم در آن‌ها شده و حس افسردگی، اضطراب و احساس ناتوانی و ضعف که به شناخت‌ها و ادراک مربوط می‌شوند و از طریق چارچوب‌بندی مجدد شناختی کنترل و اصلاح شده است (۱۱). تغییر شناختی در مبتلایان به اختلال ملال پیش از قاعدگی به این صورت ایجاد می‌شود که به افراد مهارت‌های تفکر کارآمد و منطقی آموخته می‌شود تا افراد آگاهانه با افکار منفی خود مخالفت کنند (۳۲). از آن‌جا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار در تعامل با یکدیگر هستند و احساسات و هیجانات، چگونگی ارزیابی افراد از موقعیت‌ها و شرایط را تحت تاثیر قرار می‌دهند

<sup>5</sup> Kleinstäuber

<sup>6</sup> Selective serotonin reuptake inhibitor

<sup>7</sup> Kathleen

<sup>8</sup> Blom

<sup>1</sup> Craner

<sup>2</sup> Self Focused Attention

<sup>3</sup> Bluth

<sup>4</sup> Kues

افکار، تغییر در هیجانات منفی که اساس علائم روانی این اختلال است شده و از این طریق این رویکرد درمانی در کاهش شدت علائم این اختلال موثر است.

### نتیجه گیری

روان‌درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به این اختلال به طور معنی‌داری موثر است و کاربرد این روش در مراکز درمانی، توسط روان‌درمانگران و متخصصین زنان برای بهبود علائم به تنهایی و یا در کنار دارودرمانی توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پژوهش پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از همکاری و راهنمایی‌های استاد ارجمند آقای دکتر مهدی امیری که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

(۳۳). به طوری که هیجانات مثبت باعث ارزیابی بهتر شخص از تجارب زندگی روزمره می‌شوند و در کاهش اضطراب، افسردگی، خشم، پرخاشگری و دیگر علائم روانی اختلال ملال پیش از قاعدگی کمک می‌کند (۱۵). از طرفی تکنیک آرام-سازی با غیر فعال کردن سیستم سمپاتیک سبب ایجاد علائمی مانند انقباض عضلات، تپش قلب، افزایش ضربان قلب و تنفس و ... می‌گردد و فعال کردن سیستم پاراسمپاتیک که اثرات متضاد سیستم سمپاتیک را دارد و کمک به کاهش علائم این اختلال می‌کند (۲۵). همچنین در تبیین این نتیجه میتوان گفت با شناسایی باورها و به کارگیری تکنیک تحلیل عینی و تحلیل معیار مبتلایان متوجه شدند که باورها تغییر پذیرند و سپس باورهای مشکل‌زا با روش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی شناسایی شده و با تکنیک تحلیل منطقی به چالش باورها پرداخته‌اند و سپس باورهای مخالف با باور خود را انتخاب نموده و همچنین با تکنیک بازداری قشری اختیاری و تکنیک تنبیه-خود پاداش‌دهی باعث تغییر افکارشان شدند. به دنبال تغییر

## References

1. Altemus, M. Neuroendocrine network and functional. *Psychiatric Clinics of North America* 2017; 40 (2): 189-200.
2. Martines PE, Rubinow DR, Nieman, LK.  $5\alpha$ -reductase inhibition Prevents the luteal phase increase in plasma allopregnanolone levels and mitigates symptoms in women with premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41: 1093-1102.
3. Liao H, Duan G, Liu P, Liu Y, Pang Y, Liu H, Tang L, Tao J, Wen D, Li Sh, Liang L, Deng D. Altered fractional amplitude of low frequency fluctuation in premenstrual syndrome: A resting state fMRI study. *Journal of Affective Disorders* 2017; 218: 41-48.
4. Kaisera G, Jandaa C, Kleinstäuber M, Weisea C. Clusters of premenstrual symptoms in women with PMDD: Appearance, stability and association with impairment. *J chosomatic ResearchPsy* 2018; 115: 38-43.
5. Bezerrade Carvalho A, AzevedoCardoso T, CamposMondina Th, Azevedoda Silvaa R, MattosSouzaa L D, SilvaMagalhãesb P V, Jansena K. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. *Psychiatry Research* 2018; 268: 42-44.
6. Janda C, Asbrock F, Herget M, Kues JN, Weise C. Change the perception of premenstrual dysphoric disorder - An online-experiment using the Stereotype Content Model. *Journal of Psychosexual Health* 2019; 1(1): 32-36.
7. Bixo, M; Ekberg, k; Poromaa, I.S; Hirschbery, A.L; Jonasson, A.F; Andreen, L; Timby, E; Marianne, W; Ehrenborg, A & Backstrom, T. Treatment of premenstrual dysphoric with the GABA receptor modulating steroid antagonist sepranolone (UC1010)- A randomized controlled trial. *Jornal of Psychoneuroendocrinology* 2017; 80: 46-55.
8. Bosman R, Jung S, Miloserodoy K, Schoeyers R, Rot M. Daily symptom ratings for studing premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorder* 2016; 189: 46-639.
9. Takeda T, Imoto y, Nagasawa H, Takeshita A, Shiina M. Fish Consumption and Premenstrual Syndrome and Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes. *Journal of Pediatric and Adolescent Coyneology* 2016; 29(4): 386-389.
10. Chin L.N, Nambiar Sh. Managment of premenstrual Syndrome. *Obstetrics Gynaecology & Reproductive Medicine* 2017; 27(1): 1-6.
11. Orff H.J, Parry B.L. Premenstrual Dysphoric Disorder, Reference Module in Neuroscienc and Biobehavioral Psychology 2017; 4: 197-216.



12. Craner J.R, Sigmon S.T, Young M.A. Self- Focusea Attention and Symptoms Across Menstrual Cycle Phases in women with and without Premenstrual Disorders. *Cognitive Therapy and Research* 2016; 40(1): 118-127.
13. Scalea TL, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2017 40 (2): 201-216.
14. Shobeiri F, Ezati Araste F, Nazari M. The effect of calcium on physical symptoms of premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(1): 7-15. (Persian).
15. Kues JN, Janda C, Kleinstaeuber M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15(1):472-81.
16. Sepehri Rad M, Touzande Jani H. The study of the effectiveness of cognitive-behavioral cognitive behavioral training and traditional dietary therapy on depression and Physical Symptoms in Premenstrual Syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(177): 11-19. (Persian).
17. Riggs S.E, Creed T.A. A Model to Transform Psychosis Milieu Treatment Using CBT Informed Interventions. *Cognitive and Behavioral Practice* 2017; 24(3): 353- 362.
18. Camara R.A, Kohler C.A, Maes M, Nunes- Neto P.R, Brunoni A.R, Quevedo J, Fernandes B.S, Perugi G; Hyphantis T.N, Carvalho A.F. Affective tempraments and emotional traits are associate with a positive screening for premenstrual dysphoric disorder. *Comprehenstryive Psychia* 2016; 71: 33-38.
19. Panahi F, Faramarzi, M. The effects Mindfulness-Based Cognitive Therapy on depression and Anxiety in women with premenstrual syndrome. Article ID 2016; 9816481, 7 pages.
20. Maddineshat M, Keyvanloo S, Lashkardoost H, Arki M, Tabatabaeichehr M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS). *Iranian journal of psychiatry* 2016; 11(1), 30-36.
21. Karami J, Zalipour S, Rahmani S, Zabet M. The Effectiveness of Web Therapy on the Symptoms of Premenstrual Syndrome. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2015; 13 (12): 1016-1021. (Persian).
22. Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Farshbaf Khalilic A, Ghanbari Homayi S. The efficacy of lemon balm (*Melissa officinalis* L.) alone and combined with lemon balm—*Nepeta menthoides* on premenstrual syndrome and quality of life among students: A randomized controlled trial. *Journal of Herbal Medicine* 2016; 6: 142–148.
23. Kimieaie Asadi F. K, Jadidian A. A, Aslani J. The Effect of Relaxation and Positive Self-Talk on Symptoms of Premenstrual Syndrome. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology* 2016; 3(2): 1-6.
24. Bluth K, Gaylord S, Ngugen, K, Bunevicius A, Girdler S. Mindfulness- based stress reduction as a promising intervention for amelioration of premenstrua dysphoric disorder symptoms. *Mindfulness* 2015; 6 (6): 1292-1302.
25. Karimi Z, Alipour A, Mohtashami T. The effectiveness of combined Behavioral therapy and Calcium supplementation Plus Vitamin D on reducing the Premenstrual Syndrome. *Arak Medical Univercity Journal* 2015; 18(96): 46-56. (Persian).
26. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Journal of clinical psychology in medical settings* 2012; 19(3), 308-319.
27. Vatankhaah H, Rahmani M, Hashemizadeh S. The effectiveness of cognitive-behavioral training on general health and reducing aggression in women with premenstrual syndrome. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research In Business* 2012; 4(9), 1098.
28. Kathleen M, Lustyk B, Gerrish WG, Shaver Sh, Keys sh. Cognitive- behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphonic disorder: a systematic review. *Arch Women's Mental Health* 2009; 12:85-91.
29. Hoffmans J, Richmond A, Landman F, Blom M. The effects of light therapy and cognitive behavioral therapy in premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Journal of Affective Disorder* 2008; 107 (1): 86-125.
30. Davoudi I, Izadi Mazidi S, Mehrabizade M. The Effect of Cognitive-Behavioral Psychotherapy / Narrative on Premenstrual Syndrome in Female Students. . *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(11): 7-15. (Persian).
31. Eggert, L., Witthöft, M., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. Emotion Regulation in Women with Premenstrual Syndrome (PMS): Explicit and Implicit Assessments. *Cognitive Therapy and Research* 2016; 40(6): 747-763.
32. Eggert, L; Kleinstauber, M; Hiller, W & Witthoft, M. Emotional interference and attentional processing in premenstrual syndrom. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry* 2017; 54: 77-87.
33. Bruggink, A; Huisman, S; Vuijk, R; Kraaij, V & Granefski. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2016; 22: 34-44.

*Original Article***The effectiveness of Psychotherapy on reducing severity of symptoms Premenstrual Dysphoric Disorders**

Received: 01/05/2019 - Accepted: 05/05/2020

Junid Bigdeli<sup>1\*</sup>Zahra Zhila Derakhshanpour<sup>1</sup>Ph.Dr Seyed Abdolmajid Bahrainian<sup>2</sup>

Seyede Mahboube Khakpour

Shamsabadi<sup>3</sup>Faezeh Bahri<sup>4</sup><sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University Birjand, Birjand, Iran.<sup>2</sup> Full Professor of Clinical Psychology Azad University of Medical of sciences Tehran, Tehran Iran.<sup>3</sup> Master of Psychology of Exceptional children, Islamic Azad University Birjand, Birjand, Iran.<sup>4</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University Torbbat-e Gam, Torbbat-e Gam, Iran.

Email:

Zhila.derakhshan.dr@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Premenstrual dysphoric disorder is a series of repeated physical, psychological and behavioral symptoms that occur at the end of the menstrual cycle and resolves at the onset of menstruation and disrupts the function of the individual. Several therapies have been effective on it. Considering how the thoughts, emotions and emotions affect the growth or reduction of symptoms of this disorder; The aim of this research was to study the effectiveness of psychotherapy on reducing the symptoms of Premenstrual dysphoric disorders.

**Materials and Methods:** This design of the study is pre-test /post-test control group. The sample include 28 persons (14 group experimental and 14 group control) of patient premenstrual dysphoric disorder the selected randomly and the were requested to answer Daily Record of Severity of Problem chart (DRSP). Over 8 therapy sessions, each lasting 90 minutes cognitive-behaviour therapy while the control group did not receive any intervention. Statistical software SPSS (21) and Covariance analysis were applied to analyse the data.

**Results:** The result of data analysis showed psychotherapy with cognitive behavioral therapy approach caused the decrease severity of symptoms premenstrual dysphoric disorder (symptoms of anxiety, depression and emotional symptoms) (acceptance and positive reappraisal) of experimental group of comparison to the witness group ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** The result of this study indicate the effectiveness of psychotherapy in reducing the severity of premenstrual dysphoric disorder.

**Key words:** Psychotherapy, Mens, Premenstrual dysphoric disorder

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.