



مقاله اصلی

اثربخشی روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر ابعاد سازمان شخصیت و علائم افسردگی پس از زایمان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۷

خلاصه

مقدمه: افسردگی پس از زایمان، اختلالی است که می‌تواند آثار جبران‌ناپذیری بر سلامت روان نوزادان و ارتباط مادر-کودک وارد نماید. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر ابعاد سازمان شخصیت و علائم افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی، بر روی ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) انجام شد. جمعیت نمونه از میان زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر تهران، به صورت در دسترس انتخاب شدند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه تحت روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی قرار گرفته و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد.

نتایج: بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس، نمره افسردگی پس از زایمان، و نمرات ابعاد مختلف سازمان شخصیت گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون، کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است که نشان‌دهنده تاثیر روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر کاهش علائم افسردگی پس از زایمان، و تغییرات مثبت در ابعاد سازمان شخصیت می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با استناد به یافته‌ها، می‌توان گفت روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود علائم افسردگی در دوره پس از زایمان و ایجاد تغییرات مثبت در برخی ابعاد سازمان شخصیت باشد.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی، روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی، سازمان شخصیت، روابط موضوعی، افسردگی پس از زایمان

عادلہ عزتی^۱

پروین رفیعی نیا^{۲*}

پرویز صباحی^۳

شاهرخ مکوند حسینی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم

تربیتی، دانشگاه سراسری سمنان، سمنان، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم

تربیتی، دانشگاه سراسری سمنان، سمنان، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم

تربیتی، دانشگاه سراسری سمنان، سمنان، ایران.

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه سراسری سمنان، سمنان، ایران

Email: drparvinrafieinia@yahoo.com

مقدمه

بندریکس و سونسون، ۲۰۲۰؛ پسمانتر^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال می‌تواند آثار ناخوشایندی روی مادر، کودک، و روابط مادر با همسرش داشته باشد. آثاری که این وضعیت می‌تواند روی کودک داشته باشد ممکن است بواسطه تخریب پیوند مادر-نوزاد، کناره‌گیری مادر، عدم درگیری مادر با نوزاد، پرخاشگری، و کاهش طول مدت شیردهی مادر باشد. سایر آثار افسردگی پس از زایمان، شامل مشکلات زناشویی و افزایش احتمال خطر افسردگی در آینده می‌باشد (جانسون، بندریکس و سونسون، ۲۰۲۰)، به طوری که مطالعات مشخص کرده‌اند این افسردگی اگر درمان نشده باقی بماند، با افزایش احتمال افسردگی بعدی در ۵ سال آینده رابطه دارد (سیلون و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که شناسایی و درمان زود هنگام افسردگی پس از زایمان، می‌تواند آثار منفی آن را روی زنان، کودکان، و خانواده‌ها کاهش دهد (استفتز^۲، فورد^۳، پادووال^۴ و اسمیت^۵، ۲۰۱۶).

رویکردهای مختلفی برای سبب شناسی و درمان افسردگی پس از زایمان ارائه شده است که هر کدام از دیدگاه‌های گوناگون به عوامل سبب شناسانه و درمانی این اختلال پرداخته‌اند. پژوهش‌ها، عوامل مستعدکننده متعددی را در خصوص افسردگی پس از زایمان شناسایی کرده‌اند که از آن جمله افسردگی پیشین، اضطراب یا وقایع استرس‌زای زندگی در طول بارداری، فقدان حمایت اجتماعی و هیجانی، بارداری ناخواسته (ضرغامی، ۲۰۱۶)، و سبک شخصیتی آسیب‌پذیر (دنيس^۶، جانسن^۷ و ساینر^۸، ۲۰۰۴) می‌باشد. مداخله‌هایی که برای درمان افسردگی پس از زایمان به کار گرفته می‌شوند را

دوره پس از زایمان، دوره‌ای است که با اختلالات هیجانی متعددی رابطه دارد (جانسون، بندریکس^۲ و سونسون^۳، ۲۰۲۰). در طول دوره پس از زایمان، بیش از ۸۵ درصد از زنان دچار مشکلات هیجانی می‌شوند، اما بین ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها علایم معنادار بالینی را تجربه می‌کنند. اختلالات پس از زایمان با درجات مختلفی از شدت طبقه‌بندی می‌شود: اندوه پس از زایمان، افسردگی عمده غیر روان‌پریشانه (افسردگی پس از زایمان^۴ PPD)، روان‌پریشی وابسته به زایمان (سیلون^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). در تعریف افسردگی پس از زایمان اختلاف نظرهایی وجود دارد؛ مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ (DSM-5)، افسردگی پس از زایمان به دوره‌ای از افسردگی عمده اطلاق می‌شود که شروع آن در چهار هفته نخست پس از زایمان باشد (فریمن، ۲۰۱۹؛ نایتر^۷، سالواتور^۸، سیمپکینز^۹، هاتر^{۱۰} و کاندلوال^{۱۱}، ۲۰۱۶). هرچند ویژگی‌های بالینی افسردگی پس از زایمان با دوره افسردگی عمده مقایسه می‌شود، اما ویژگی‌های منحصر به فردی وجود دارد که افسردگی پس از زایمان را از افسردگی عمده منفک می‌سازد. برای مثال، دغدغه ورود به مرحله والد شدن، احساس بی‌کفایتی نسبت به داشتن نقش والد و ترس‌های مربوط به سلامتی کودک، ویژگی‌هایی است که در افسردگی پس از زایمان شایع است (جانسون،

¹ Johansson

² Benderix

³ Svensson

⁴ Postpartum Depression

⁵ Sylven

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁷ Knights

⁸ Salvatore

⁹ Simpkins

¹ Hunter

¹ Khandelwal

0

1

¹ Posmontier	2
¹ Stephens	3
¹ Ford	4
¹ Paudyal	5
¹ Smith	6
¹ Dennis	7
¹ Janssen	8
¹ Singer	9

افسرده به دنبال درمان دارویی هستند (مارکوس^۳، ۲۰۰۹). از این رو بایستی ملاحظات خاصی در رابطه با مداخلات دارویی در افسردگی پس از زایمان صورت گیرد. این مسأله از طرفی مداخلات دارویی را محدود می‌سازد و از طرف دیگر ما را به سمت تمرکز بر مداخلات غیردارویی سوق می‌دهد.

مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی از جهت کارآمدی برای درمان افسردگی پس از زایمان مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. برای زنانی که نشانه‌های خفیفی دارند، مداخله‌های روانی - اجتماعی که حمایت را افزایش می‌دهند به‌عنوان خط اول درمان‌ها در نظر گرفته می‌شوند؛ مانند حمایت همسر یا مشاوره غیررهنمودی توسط متخصصان سلامت آموزش - دیده (هوارد، مگنین_ویگارز^۳، سیمینگتون^۴، ۲۰۱۴). برای زنانی که شدت بیماری آن‌ها متوسط است و یا زنانی که شدت خفیفی از بیماری را دارند و به مداخله‌های روانی - اجتماعی به‌تنهایی پاسخ نمی‌دهند، روان‌درمانی رسمی که چالش‌های انتقال به موقعیت والدینی را هدف قرار می‌دهند، پیشنهاد می‌شود. درمان شناختی رفتاری^۴ بر تغییر الگوهای تفکر و رفتارهای ناسازگارانه و یا هردو، به‌منظور تأثیرگذاری مثبت بر حالت هیجانی تمرکز می‌کند. روان‌درمانی بین‌فردی^{۴۲} نیز روابط بین‌فردی و اتفاقات زندگی را به هم مرتبط می‌کند و بنابراین بر روابط بین‌فردی در جهت کمک به انتقال به موقعیت والدینی تمرکز می‌نماید (دنيس، جانسون و ساینر، ۲۰۰۴). با وجود اهمیت عوامل مربوط به حمایت اجتماعی، وقایع استرس‌زای زندگی، و سابقه افسردگی پیشین، نقش عوامل مربوط به آسیب‌پذیری شخصیت، می‌تواند به عنوان عامل میانجی در تجربه وقایع بحران‌زا و توان مقابله با آن‌ها پررنگ باشد (بسر^{۴۳}، پريل^{۴۴}، فلت^{۴۵} و ویزنیتزر^{۴۶}، ۲۰۰۷). پیشنهاد

می‌توان به مداخله‌های روان‌شناختی، دارویی، نوردرمانی^۲، طب سوزنی^۲، ماساژ، مکمل‌های امگا ۳^{۲۳} و تمرین بدنی تقسیم کرد (فیتلسون^{۲۳}، کیم^{۲۴}، بیکر^{۲۵} و لایت^{۲۶}، ۲۰۱۱). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که مداخله‌های روان‌شناختی گزینه‌های مؤثر درمانی برای افسردگی به‌طور کلی و به‌طور خاص در دوره پیش از زایمان هستند. با این وجود، درمان افسردگی پس از زایمان پیچیده است و باید پیشینه‌های درمان مادر، موانع محسوس، شدت علائم، سابقه روان‌شناختی و درمان در گذشته و عوامل فرهنگی را مدنظر قرار داد (دنيس، ۲۰۱۷)؛ مثلاً زمانی که افسردگی پس از زایمان شدید است و یا به‌خوبی به درمان‌های روان‌شناختی پاسخ نمی‌دهد، ممکن است درمان دارویی ضدافسردگی، چه به‌تنهایی و چه مضاف بر درمان غیردارویی، مورد نیاز باشد. درمان دارویی خط اول برای این بیماری، بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^{۲۷} هستند (مولینیکس^{۲۸}، هوارد^{۲۹}، مکگیون^{۳۰}، کاریا^{۳۱} و ترویلیون^{۳۲}، ۲۰۱۴). با این وجود، از آنجایی که ممکن است در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، کودکان تحت تأثیر تداخل‌های دارویی قرار بگیرند (تورنر^{۳۳}، شارپ^{۳۴}، فولکر^{۳۵}، چو-گراهام^{۳۶}، ۲۰۰۸؛ پیرلستین^{۳۷}، ۲۰۰۸)، اکثر زنان تمایلی به مصرف داروهای ضدافسردگی در طول بارداری و یا در دوره پس از زایمان نشان نمی‌دهند؛ به‌طوری‌که تنها ۱۸٪ مادران

2	bright light therapy	0
2	acupuncture	1
2	omega-3 fatty acid supplementation	2
2	Fitelson	3
2	Kim	4
2	Baker	5
2	Leight	6
2	selective serotonin reuptake inhibitor	7
2	Molyneaux	8
2	Howard	9
3	McGeown	0
3	Karia	1
3	Trevillion	2
3	Turner	3
3	Sharp	4
3	Folkes	5
3	Chew-Graham	6
3	Pearlstein	7

3	Marcus	8
3	Megnin-Viggars	9
4	Symington	0
4	Cognitive behavior therapy	1
4	Interpersonal therapy	2
4	Besser	3
4	Priel	4

فرد از مادر یا مراقبین اصلی اش می‌باشد (استون و منکن ، ۲۰۰۸).

پژوهشی در زمینه روان‌درمانی افسردگی پس از زایمان به طور کلی محدود است، در این میان پژوهش‌هایی که عوامل شخصیتی و روان‌پویایی را در افسردگی پس از زایمان مدنظر قرار داده و به پیشنهاد درمانی مبتنی بر عوامل روان‌پویایی با هدف کاهش آسیب‌پذیری شخصیت بپردازد، بسیار نادر است (بسر ، پرل ، فلت و ویزنیتزر ، ۲۰۰۷؛ استون و منکن،^۴ ۲۰۰۸). این کمبود در پیشینه پژوهشی افسردگی پس از زایمان جای تاسف دارد، زیرا درمان‌های روان‌تحلیلی، به واسطه ماهیت‌شان، تاریخچه منحصر به فرد بیمار را با چالش‌های هیجانی که فرد در حال حاضر با آن‌ها روبروست مرتبط می‌سازند (استون و منکن ، ۲۰۰۸) و به فرد کمک می‌کنند تا به نقش تجارب اولیه و تعارض‌های بنیادین خود در زمینه گرفتن نقش مادری، که یادآوری‌کننده تجارب نخستین او با مراقبین اصلی اش است دسترسی پیدا کند (ضرغامی، ۲۰۱۶). همچنین در رویکردهای روان‌تحلیلی، از رابطه بیمار و درمانگر، در قالب فرایندهای انتقال و انتقال متقابل، در جهت کسب بینش و ایجاد تغییر مثبت استفاده می‌شود (استون و منکن ، ۲۰۰۸). در این میان، رویکرد روابط موضوعی، با تکیه بر الگوی روابط موضوعی درونی شده^۴، کسب بینش در زمینه بازنمایی خود و دیگری^۵، تعمق در روابط اولیه با مراقبین اصلی و ارتباط آن‌ها با تعارضات کنونی در زندگی فرد و در رابطه با درمانگر، به تغییر الگوی روابط موضوعی درونی شده و کاهش تعارضات بنیادین کمک می‌کند (استادتر، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های روان‌تحلیلی در زمینه افسردگی پس از زایمان، بیشتر متمرکز بر تجربه فرد از هویت مادرانه خود، انتقال از دختر بودن به مادر بودن، و ارتباط آن با تجارب اولیه و تجربه

4 Flett	5
4 Wiznitzer	6
4 Stone	7
4 Menken	8
4 Internalized object relations pattern	
5 Self and object representation	
5 Stadter	1

و بلت ، ۲۰۰۸). این پژوهش‌های روان‌تحلیلی، نشان می‌دهند که الگوهای روابط موضوعی و بازنمایی‌های ذهنی مادر از روابط مراقبتی نخستین (به ویژه رابطه با مادر خودش) می‌تواند نوع رابطه با فرزند را تبیین نماید (نایتز ، سالواتور ، سیمپکینز ، هانتر و کاندلوال ، ۲۰۱۶).

یکی دیگر از مسایل مهم انتقال به دوره‌ی مادر شدن، تغییرات مهمی است که در تعریف مجدد خود و دیگری ایجاد می‌شود (رافائیل - لف ، ۲۰۰۳؛ هاپکینز،^۸ مارکوس^۹ و کمپبل^{۱۰}؛ ۱۹۸۴). این الزام برای باز تعریف خود-دیگری و روابط با افراد مهم، که نتیجه تولد فرزند است، می‌تواند منجر به احساسات متناقض و دوسوگرایانه‌ای شود که لزوم مداخلات روان‌درمانگرانه را برای این دوره بحرانی از زندگی زنان پررنگ می‌سازد (بسر، ولیگن ، لویتن و بلت ، ۲۰۰۸؛ رافائیل - لف ، ۲۰۰۰).

کرنبرگ^{۱۱} تعریف خود و دیگری را بخش مهمی از فرایند انسجام هویت دانسته و آن را یکی از ابعاد مهم سازمان شخصیت^{۱۲} معرفی می‌کند (کلارکین^{۱۳}، کالیگور^{۱۴}، استرن و کرنبرگ ، ۲۰۱۹). سازمان شخصیت، مفهومی است که توسط کرنبرگ (۲۰۰۵) با هدف ارائه مدلی از آسیب شخصیت که مبتنی بر نظریه روابط موضوعی باشد معرفی شد (کرنبرگ و کالیگور ، ۲۰۰۵؛ کالیگور و کلارکین ، ۲۰۱۰، کالیگور، کرنبرگ، کلارکین و یومانس^{۱۵}، ۲۰۱۸). این مفهوم، دربرگیرنده یک دیدگاه ابعادی از شدت آسیب شخصیت است که می‌تواند در فهم شخصیت و آسیب‌شناسی آن از دیدگاه روابط موضوعی کمک‌کننده باشد (کرنبرگ و کالیگور ، ۲۰۰۵). سازمان شخصیت، اشاره به سطوح متفاوت

بلوم^۱ در مقاله‌ای راجع به مبانی روان‌تحلیلی افسردگی پس از زایمان، به سه تعارض هیجانی اساسی و اختصاصی که در اغلب زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دیده می‌شود، اشاره کرده است. این تعارضات شامل تعارض‌های مربوط به وابستگی، تعارض‌های مربوط به خشم، و تعارض‌های مربوط به مادر شدن می‌باشد (بلوم، ۲۰۰۷) استرن^۲ اشاره می‌کند که مادر با تولد نوزاد، فرایند جدید و منحصر به فردی از سازمان روانی^۳ را تجربه می‌کند که شامل بازنمایی‌های ذهنی و فرایندهای ناهشیاری می‌شود که در برگیرنده تجارب و هیجاناتی هستند که در زمانی دیگر از زندگی تجربه شده و اغلب نادیده گرفته شده‌اند (استرن، ۱۹۹۵). بر اساس گفته رافائیل - لف^۴ یکی از مهمترین تکالیف روانشناختی تولد فرزند، پردازش مجدد تعارضات قدیمی است. تولد فرزند نیازمند بازسازماندهی ابعاد هشیار و ناهشیار بازنمایی از خود و دیگری است که ممکن است منجر به تجربه واکنش‌های پردازش نشده‌ای مانند احساس فقدان و سوگ شود (رافائیل - لف ، ۹۸۶؛ رافائیل - لف ، ۲۰۰۱). همچنین تولد فرزند ممکن است مادر را به طور ناگهانی با هیجانات پردازش نشده‌ای، مانند هیجانات مربوط به نگرانی‌اش برای از دست دادن مادر خودش در زمان کودکی روبرو سازد و یا نگرانی‌هایی که ممکن است در مورد مادر افسرده یا اندوهگینش در زمان مرگ یکی از اعضای خانواده داشته، یا حتی احساساتی که در مورد مادر بد، اغفال‌گر و دور از دسترس‌اش داشته باشد (بسر، ولیگن^۵، لویتن^۶ و بلت^۷؛ ۲۰۰۸؛ پرل و بسر ، ۲۰۰۱). این‌ها نمونه‌هایی از تجارب هیجانی ناراحت‌کننده است که ریشه در تجارب دلبستگی نخستین فرد داشته و می‌تواند با تجربه مادر شدن و تولد فرزند فعال شوند (بسر، ولیگن ، لویتن

⁸ Hopkins

⁹ Marcus

¹ Campbell 0

¹ Kernberg 1

¹ Personality Organization 2

¹ Clarkin 3

¹ Caligor 4

¹ Yeomans 5

¹ Blum

² Stern

³ Psychic organization

⁴ Raphael-Leff

⁵ Vliegen

⁶ Luyten

⁷ Blatt

(۲۰۰۸)، الگوی روابط موضوعی درونی شده (استرن و همکاران، ۲۰۱۰)، عدم تحمل خشم و احساس گناه (بلوم، ۲۰۰۷) و استفاده غیرمنعطف از دفاع‌های روانشناختی (بسر، ولیگن، لویتن و بلت، ۲۰۰۸) در مواجهه با عامل استرس زا (تولد فرزند) می‌باشد. بن^۶ در مقاله‌ای با موضوع تعامل افسردگی و بدکارکردی شخصیت، اعلام می‌کند که افسردگی می‌تواند با چگونگی کارکرد شخصیت از جمله توانایی ذهنی سازی و الگوهای دلبستگی در ارتباط باشد. او در این مقاله در تبیین پیچیدگی افسردگی در حوزه رابطه مادر-نوزاد، عنوان می‌کند که افسردگی مادر می‌تواند با نقص‌های اختصاصی در کارکرد شخصیت از جمله توانایی ذهنی سازی ارتباط زیادی داشته باشد (بن، ۲۰۱۹). توانایی ذهنی سازی، به ظرفیت فهم دنیای روانی خود و دیگری گفته می‌شود و ارتباط مستقیمی با بعد ذهنی هویت دارد (گورینی، مارافا^۷ و پالوسکیا^۸؛ ۲۰۱۵). کلارکین، پترینی^۹ و دیاموند^{۱۱} نیز نشان می‌دهند، که روان‌درمانی تحلیلی می‌تواند به بهبود عملکرد شخصیت بیمار کمک کرده و در نتیجه افسردگی را کاهش دهد. این مقاله بیان می‌کند که متخصصان در درجه اول باید نقص‌هایی را که در حوزه‌های عملکرد شخصیت وجود دارد مانند آشفتگی هویت، حساسیت بین فردی و تکانشگری مورد هدف قرار دهند؛ بهبود در این حوزه‌ها منجر به بهبود علائم افسردگی می‌شود (کلارکین، پترینی و دیاموند، ۲۰۱۹).

استادتر^{۱۲} روشی از روان‌درمانی را ارائه کرده است که بر تغییرات اساسی شخصیت از جمله دفاع‌ها، الگوهای درونی شده روابط موضوعی، و کسب توانایی دوسوگرایی تمرکز

شخصیت از نظر انسجام هویت، کیفیت روابط موضوعی، پختگی دفاع‌ها^۱ و انعطاف‌پذیری یا خشکی شخصیت^۴ دارد (کلارکین، کالیگور، استرن و کرنبرگ، ۲۰۱۹). کرنبرگ شخصیت را در سه سطح ساختاری و بالینی متمایز کرده است. این تمایز بر اساس کیفیت عملکرد ایگو و روابط موضوعی درونی شده صورت گرفته است. در نظریه ی کرنبرگ، بین الگوی روابط موضوعی درونی شده، مکانیسم‌های دفاعی، و هویت، با ساختار روانشناختی رابطه قوی وجود دارد (استرن و همکاران، ۲۰۱۰)

کرنبرگ (1984) در راستای گسترش دیدگاه روابط موضوعی اش به آسیب‌شناسی شخصیت، به طراحی یک مصاحبه ساختاریافته برای سنجش ابعاد ساختاری کارکرد شخصیت پرداخت و آن را با عنوان مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت^۵ (STIPO) مطرح نمود (کرنبرگ و کالیگور، ۲۰۰۵؛ کرنبرگ، ۱۹۸۴). این مصاحبه به بررسی ابعاد مختلف سازمان شخصیت می‌پردازد و می‌تواند هم به عنوان ابزاری تشخیصی برای سنجش سطح آسیب شخصیت در سطوح نوروتیک، مرزی و سایکوتیک مورد استفاده قرار گیرد و هم به عنوان ابزاری پژوهشی برای اندازه‌گیری میزان تغییر در ارتباط با مداخلات درمانی استفاده گردد (کلارکین، کالیگور، استرن و کرنبرگ، ۲۰۱۹).

در راستای فهم ارتباط ابعاد سازمان شخصیت و افسردگی پس از زایمان، پژوهش‌ها حاکی از ارتباط افسردگی پس از زایمان با عوامل مختلفی از جمله عدم انعطاف در تعریف مجدد خود و دیگری (بسر، ولیگن، لویتن و بلت، ۲۰۰۸)، دشواری در تحمل دوسوگرایی و یکپارچه کردن هیجان‌ات مثبت و منفی (بلوم، ۲۰۰۷؛ رافائیل - لف، ۲۰۰۱؛ بسر، ولیگن، لویتن و بلت،

⁶ Behn

⁷ Guerini

⁸ Marraffa

⁹ Paloscia

¹ Pterini

¹ Diamond

¹ Stadter

0

1

2

¹ Identity Integration

² Object Relations Quality

³ Maturity of Defenses

⁴ Personality Rigidity

⁵ Structured Interview of Personality Organization

این مطالعه کارآزمایی بالینی، در سال ۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۳۰ زن دارای علائم افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر تهران انجام شد. نمونه گیری، از نوع نمونه گیری در دسترس بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج افراد برای شرکت در پژوهش، و از بین زنان مراجعه کننده به ۳ مرکز بهداشت در غرب تهران انجام گرفت.

جمعیت نمونه از زنانی که تمایل به همکاری داشتند و در آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ نمره بالاتر از ۱۳ در این آزمون کسب کرده بودند، انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از آنجا که تعداد افرادی که امکان شرکت در فرایند ۱۵ جلسه‌ای روان‌درمانی را داشتند محدود بود، امکان هم‌تاسازی وجود نداشت و افراد با رعایت ملاک‌های ورود و خروج و بر اساس امکان یا عدم امکان شرکت در فرایند روان‌درمانی، در دو گروه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- کسب نمره ۱۳ و بیشتر در آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، ۲- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ۳- دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، و ۴- امکان شرکت در جلسات مصاحبه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل، ۱- استفاده از درمان دارویی یا روانشناختی همزمان، ۲- سابقه سقط جنین، ۳- ابتلای نوزاد به بیماری‌های جسمی یا نقص عضو بود، که به صورت سوال در ابتدای پرسشنامه ادینبورگ مطرح شده بود. با در نظر گرفتن اهمیت اختیاری بودن شرکت در پژوهش و ادامه آن، و احتمال ریزش در طول پژوهش، تعداد ۱۰ نفر از افرادی که ملاک‌های پژوهشی را دارا بودند در لیست انتظار قرار گرفتند و در نهایت ۶ نفر آنها وارد پژوهش شدند، به این صورت که ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ب) ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت بود.

دارد که آن را در کتابی با عنوان روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی^۱ (ORBT)، به طور مفصل توضیح داده است. در این روش درمانی، ضمن شفاف‌سازی و بازخورد دادن مکرر الگوهای تکرارشونده روابط به بیمار، بویژه الگوهایی که در رابطه با درمانگر ضمن انتقال و انتقال متقابل تکرار می‌شود، سعی می‌شود با برقراری یک رابطه‌ی درمانی، بیمار فرصت درونی‌سازی موضوع‌ها یا ابژه‌های متفاوت و تغییر و تعدیل رابطه با موضوع‌های قدیمی‌را به دست آورد. روان‌درمانی روابط موضوعی، از طریق به آگاهی رساندن تعارضات بنیادین بین فردی و خلق منفی همراه با آنها، باعث کاهش افسردگی و با افزایش بینش بیمار نسبت به الگوی ارتباطی و هیجاناتی که در جریان ارتباط با درمانگر تجربه می‌کند و اصلاح آنها در بافت رابطه درمانی، باعث افزایش دریافت مثبت فرد از خود و دیگران می‌شود (استادتر، ۲۰۰۹).

با توجه به ملاحظات روان‌پویایی مذکور در افسردگی پس از زایمان، و لزوم ارائه مداخلاتی که هدف آن کاهش نشانگان بیماری، افزایش بینش، افزایش سطح تحمل دوسوگرایی، اصلاح الگوی روابط موضوعی، پختگی دفاع‌ها، افزایش انسجام هویت برای بازتعریف خود در رابطه با فرزند، و انعطاف‌پذیری بیشتر دفاع‌ها در مقابله با استرس‌های مربوط به دوران پس از زایمان باشد، در پژوهش حاضر از مدل درمان مختصر روابط موضوعی که توسط استادتر مطرح شده است (استادتر، ۲۰۰۹)، استفاده می‌گردد. به این ترتیب، هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر کاهش نشانگان بالینی و تغییرات ابعاد سازمان شخصیت در افراد دارای علائم افسردگی پس از زایمان است.

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

¹ Object Relations Brief Therapy

² objects

کلی آزمون ۰/۹۷ اعلام شده است (کالیگور و کلارکین، ۲۰۱۰). در ایران ساختار عاملی، روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط آل بهبانی و محمدی بررسی شده است. روایی همزمان مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت از طریق اجرای همزمان پرسشنامه باس- پری و مقیاس عاطفه مثبت و منفی انجام گردید که ضرایب همبستگی بین مصاحبه سازمان شخصیت، خرده مقیاسهای پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۱۸، ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۲۱، ۰/۴۰ به دست آمد (فرجاد، محمدی، رحیمی و هادیان فرد، ۲۰۱۳).

ج) روش اجرا

پس از مراجعه به مراکز بهداشت و توضیح درباره پژوهش حاضر و هدف آن، از مسئولین این مراکز درخواست شد که پرسشنامه افسردگی پس از زایمان را به زنانی که طی یک سال گذشته زایمان کرده اند داده و از آنها بخواهند که در صورت تمایل، در این پژوهش همکاری نمایند. لازم به ذکر است که پژوهشگر نیز در این مدت در مراکز حضور داشته و اطلاعات لازم را در اختیار آزمودنی ها قرار می داد. قبل از شروع مداخلات درمانی، طی دو جلسه یک ساعته، همه آزمودنی ها تحت مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت قرار گرفتند و در حیطه های هویت، روابط موضوعی، مکانیزم های دفاعی ابتدایی، خشکی شخصیت، پرخاشگری و ارزش های اخلاقی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایشی، درمان مختصر روابط موضوعی به مدت ۱۵ جلسه برگزار گردید. این روش درمانی از کتاب استادتر با عنوان روان- درمانی مختصر روابط موضوعی اقتباس شده است (استادتر، ۲۰۰۹) که به صورت جلسات فردی هفتگی به طور میانگین به مدت ۱۴ تا ۱۶ جلسه برگزار می شود. هرچند ارائه یک راهنمای عملی مشخص در درمان های روان تحلیلی به دلیل ماهیت بدون ساختار آنها به نوعی غیر ممکن است، اما برخی

پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS): این مقیاس ۱۰ ماده ای، به گونه ای ساخته شده است که امکان تشخیص افسردگی را از ۶ هفته بعد از زایمان فراهم می کند. نمرات مقیاس ادینبورگ بین صفر تا ۳۰ می باشد و کسب نمره ۱۲ و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می شود. در پژوهشی که با هدف اعتبارسنجی این آزمون انجام شده است، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۰ گزارش گردیده است (احمدی کانی گلزار و گلی زاده، ۲۰۱۵).

مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت (STIPO): این مصاحبه، راهنمایی برای ارزیابی ابعاد سازمان شخصیت افراد است که بر اساس مفاهیم پویشی کرنبرگ (۱۹۹۶) تنظیم شده است. مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت یک ارزیابی بالینی به شمار می رود که همراه با رهنمودهایی برای ارزیابی ابعاد مختلف سازمان دهی شخصیت می باشد (واحدی، مکوند حسینی و بیگدلی، ۲۰۱۲). این آزمون شامل ۸۷ آیت می شود که شش بعد هویت، کیفیت روابط موضوعی، دفاع های ابتدایی، خشکی شخصیت، پرخاشگری و ارزش های اخلاقی را اندازه گیری می کند. نحوه نمره دهی این آزمون به این صورت است که میانگین نمرات هر بعد محاسبه شده و عددی بین ۱ تا ۵ به هر بعد داده می شود. نمره ۱ به معنای کارکرد سالم و طبیعی در آن بعد بوده و نمره ۵ به معنای کارکرد ناسالم و آسیب زا در هر بعد می باشد؛ بنابراین هرچه نمرات فرد در هر بعد کمتر باشد، نشانگر کارکرد سازگارانه تر در آن بعد است. از آنجا که نمره دهی بر اساس تشخیص و قضاوت بالینی آزمونگر می باشد، لازم است که آزمونگر از دانش کافی در زمینه نظریه و درمان روان تحلیلی برخوردار باشد (کلارکین، کالیگور، استرن و کرنبرگ، ۲۰۱۹). طبق گزارش کالیگور و کلارکین، آلفای کرونباخ

¹ Edinburg Postnatal Depression Scale

² Structured Interview of Personality Organization

درمان از نظر استادتر مطرح شده است (استادتر، ۲۰۰۹). پس از اتمام مداخله درمانی، همه آزمودنی ها مجدداً تحت مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت قرار گرفته و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ را مجدداً تکمیل نمودند. گروه کنترل تحت هیچ مداخله درمانی قرار نگرفتند و تنها در ابتدا و انتهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق حرفه ای، از هیچ یک از آزمودنی ها هزینه ای بابت ورود به درمان دریافت نشد و به گروه کنترل اطلاع داده شد که هر زمان مایل بودند می توانند از این درمان به طور رایگان بهره ببرند. برای تحلیل آماری در این پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

نظریه پردازان با توجه به اهداف درمانی و با فرض تسلط روان درمانگر بر نظریه و درمان روان تحلیلی، در جهت تحقق اهداف پژوهشی، به ارائه دستورالعمل هایی در این زمینه پرداخته اند (تیلور، ۲۰۱۵). در نتیجه، آنچه به عنوان مراحل درمان در این راهنما ذکر می شود، با توجه به آنچه در رابطه بیمار و درمانگر جریان دارد، قابل انعطاف نسبی می باشد. روند درمان طبق دستورالعمل، در چهار مرحله اجرا شد که این مراحل شامل مرحله آغازین، مرحله میانی، و مرحله پایانی بود. اگرچه این مراحل کاملاً از هم جدا نبوده و به هم پیوسته می باشند، اما جهت مشخص شدن روند کار درمان، در هر مرحله وظایفی برای درمانگر تعریف شده که در جدول ۱ به آن ها اشاره شده است. همچنین در جدول ۲ ملاک های پایان

جدول ۱- مراحل درمان و وظایف درمانگر در روان درمانی مختصر روابط موضوعی

در این مرحله که بین ۲ تا ۴ جلسه به طول می انجامد، آنچه ابتدا باید مورد هدف قرار گیرد، انتخاب بیمار مناسب برای درمان است که موضوعی برای تمرکز درمانی داشته باشد، بتواند در جلسات نخست ارتباط درمانی مثبتی با درمانگر برقرار نماید، و تحمل روان-درمانی کوتاه مدت را داشته باشد. مهم ترین وظیفه درمانگر در این مرحله، تعیین تمرکز درمانی با توجه به محتوایی است که بیمار در جلسات نخست با خودش می آورد. پیشبرد رابطه درمانی و استحکام بخشیدن به آن، نیز بخش مهمی از وظایف این مرحله درمان است، که طریق صحبت در مورد تاریخچه زندگی بیمار، فهم و به جا آوردن درد و رنج اساسی بیمار، و فهم احساساتی که بیمار در درمانگر ایجاد می کند در قالب انتقال متقابل و استفاده از آن در جهت تنظیم رابطه با بیمار، قابل دستیابی است.

مرحله آغازین

در این مرحله از درمان که به طور متوسط ۸ تا ۱۰ جلسه به طول می انجامد، درمانگر و بیمار از رابطه درمانی و تمرکز درمانی که در مرحله آغازین ایجاد کرده اند، در جهت تغییر و رشد بیمار استفاده می کنند. در این مرحله بیمار و درمانگر یک فضای انتقالی^۱ ایجاد می کنند که در آن بتوانند به جستجو و کاوش مسائل درونی بیمار پردازند. وظایف مربوط به تفسیر و انتقال و انتقال متقابل در این مرحله اهمیت میابد. انتقال، شامل احساساتی است که بیمار در رابطه با درمانگر تجربه می کند و می تواند بازنمایی کننده الگوی هیجانی او در رابطه با افراد مهم زندگی اش باشد. انتقال متقابل نیز شامل احساسات درونی درمانگر در رابطه با بیمار است که آگاه شدن درمانگر از آنها می تواند به درک دنیای درونی بیمار و روابط بین فردی او کمک نماید. درمانگر می تواند از این احساسات در جهت فهم روشی که بیمار بر دیگران تاثیر میگذارد استفاده کرده و از آنها در جهت ارائه بینش به بیمار بهره ببرد. تکالیف این مرحله شامل موارد زیر می باشد: حفظ تمرکز درمانی، توجه به انتقال و انتقال متقابل و تفسیر آنها به عنوان تکنیک اصلی درمان روابط موضوعی، و تعبیر و تفسیر نشانه ها و برقراری ارتباط بین آنها. در صورت لزوم و با توجه به بافت ارتباطی بیمار و درمانگر، می توان از تکنیک های غیر روان پویایی مثل آرام سازی، ایفای نقش،^۲ تکالیف خانگی،^۳ تکنیک های کنترل استرس و کنترل خشم و غیره استفاده نمود، این تکنیک ها باید با هوشمندی و مراقبت انتخاب شوند و تنها در صورتی که به ارتباط بیمار و درمانگر کمک می کند مورد استفاده قرار گیرند. در انتهای این مرحله از درمان، لازم است درمانگر در مورد نزدیک شدن به پایان درمان فکر کند و

مرحله میانی

¹ Transitional space

² Relaxation

³ Role playing

⁴ Homework assignment

مناسب ترین راه را برای درمیان گذاشتن آن با بیمار بیابد. پیش بینی پایان درمان در این مرحله کمک می کند که فضای گفتگو در مورد اثرات اتمام درمان و نگرانی هایی که ممکن است در بیمار ایجاد شود تسهیل گردد.

این مرحله شامل ۴ جلسه انتهایی درمان می شود که درمانگر مستقیماً به موضوع پایان درمان و هیجاناتی که موضوع فقدان و جدایی در بیمار ایجاد می کند می پردازد. آماده کردن بیمار برای اتمام درمان و ارتباط دادن آن با مسایل بیمار و روابط موضوعی او هدف مهمی است که در جلسات پایانی باید مورد کاوش و مذاقه قرار گیرد. در این مرحله، اهدافی که قرار بود بیمار به آنها برسد تقریباً محقق شده اند و نشانه های آمادگی بیمار برای پایان درمان مشاهده می شود. اهدافی که در مرحله پایانی باید دنبال شوند ازین قرار است: اطمینان از استقرار و استحکام دستاوردهای حاصل از درمان، کاوش و مذاقه در زمینه تجربه فقدان، از دست دادن و پایان یافتن، "خداحافظی" با بیمار تا آنجا که ممکن است، بحث در مورد موانع برای حفظ منافع درمانی یا پیشرفت بیشتر و اینکه چگونه بیمار می تواند به آنها بپردازد، تقویت و تثبیت درونی شدن روند درمان، و در بعضی مواقع بررسی شرایط بازگشت بعدی بیمار به درمان و تسهیل روند آن.

مرحله پایانی

نتایج

توزیع فراوانی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۱۵ نفر، و در گروه کنترل نیز ۱۵ نفر بود. میانگین سنی در گروه آزمایش ۲۶/۶۶ با انحراف معیار ۳/۵۵، و در گروه کنترل ۲۶/۲۶ با انحراف معیار ۳/۶۵ بود. در گروه آزمایش ۸ نفر تحصیلات لیسانس، ۳ نفر فوق لیسانس و ۴ نفر تحصیلات دیپلم داشتند. در گروه کنترل ۹ نفر تحصیلات لیسانس، ۱ نفر فوق لیسانس و ۵ نفر تحصیلات دیپلم داشتند. تعداد افراد شاغل در گروه آزمایش ۵ نفر و در گروه کنترل ۷ نفر بود. تعداد افرادی که فرزند دیگری داشتند در گروه آزمایش ۱ نفر و در گروه کنترل ۲ نفر بود.

شاخص های توصیفی، شامل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به نمره های متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص های توصیفی مربوط به نمرات افسردگی پس از زایمان و ابعاد سازمان شخصیت

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
	اندازه گیری	کنترل	آزمایش
افسردگی	پیش آزمون	۱۶/۲۰	۱۶/۱۳
	پس آزمون	۱۵/۰۰	۱۱/۱۳
هویت	پیش آزمون	۲/۷۷	۲/۶۷
	پس آزمون	۲/۸۵	۱/۸۶
کیفیت روابط موضوعی	پیش آزمون	۳/۰۴	۳/۰۴
	پس آزمون	۲/۹۵	۲/۰۸
دفاع ابتدایی	پیش آزمون	۳/۴۰	۳/۷۳
	پس آزمون	۳/۱۳	۲/۲۶
خشکی شخصیت	پیش آزمون	۳/۶۰	۳/۸۶
	پس آزمون	۳/۲۰	۳/۱۳
پرخاشگری	پیش آزمون	۲/۱۰	۲/۰۰
	پس آزمون	۰/۴۲	۰/۶۳

۰/۴۲	۰/۶۰	۱/۵۰	۱/۹۰	پس آزمون	ارزش‌های اخلاقی
۰/۵۱	۰/۴۸	۲/۵۳	۲/۳۳	پیش آزمون	
۰/۴۵	۰/۶۱	۲/۰۶	۲/۳۳	پس آزمون	

ها مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک استفاده شده است. با توجه به مقدار آزمون کالموگراف و شاپیرو و سطح معناداری به دست آمده در خصوص هر یک از متغیرها، به غیر از خشکی شخصیت (در هر دو گروه کنترل و آزمایش) و پرخاشگری (در گروه آزمایش)، می‌توان گفت توزیع نمرات با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد.

به منظور بررسی مفروضه برابری کوواریانس‌ها، از روش استاندارد ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس، یعنی آزمون M باکس استفاده شد، که در آن معناداری آماری، شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود.

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پس آزمون در مقیاس‌های افسردگی (۱۱/۱۳)، هویت (۱/۸۶)، روابط موضوعی (۲/۰۸)، مکانیزم‌های دفاعی ابتدایی (۲/۲۶)، خشکی شخصیت (۳/۱۳)، پرخاشگری (۱/۵۰) و ارزش‌های اخلاقی (۲/۰۶) در گروه آزمایش، نسبت به میانگین نمرات پیش آزمون این گروه کاهش داشته، در صورتی که میانگین نمرات پس آزمون و پیش آزمون در گروه کنترل کاهش چندانی نداشته است.

با توجه به هدف پژوهش، آزمون آماری کوواریانس برای محاسبه دقیق تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته (نمرات پس آزمون متغیرهای مورد مطالعه) محاسبه شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضه‌های آن شامل بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی شیب‌های رگرسیون و همگنی واریانس

جدول ۳- نتایج بررسی همگنی کوواریانس‌ها

مراحل اندازه‌گیری	آزمون M باکس	آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پس آزمون	۳۸/۲۵	۰/۹۹	۲۸	۲۷۳۱/۹۰	۰/۴۷

همان گونه که در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به مقدار سطح معناداری ($pvalue > 0/05$) مشخص می‌شود که شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۴- نتایج بررسی همگنی واریانس‌ها

مراحل اندازه‌گیری	متغیرها	آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پس آزمون	افسردگی	۱/۹۵	۱	۲۸	۰/۱۷
	هویت	۰/۱۷	۱	۲۸	۰/۶۸
	کیفیت روابط موضوعی	۰/۰۰	۱	۲۸	۰/۹۸
	دفاع ابتدایی	۰/۵۸	۱	۲۸	۰/۴۵

۰/۳۳	۲۸	۱	۰/۹۸	خشکی شخصیت
۰/۲۲	۲۸	۱	۱/۵۴	پرخاشگری
۰/۵۸	۲۸	۱	۰/۳۱	ارزش اخلاقی

کمکی یا کواریته (نمرات پیش آزمون) به منظور بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس بررسی شده است. با توجه به نتایج می‌توان گفت که در مورد همه متغیرهای پژوهش اختلاف شیب‌های رگرسیون در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار نبوده و مفروضه برابری شیب‌های رگرسیون در این مورد برقرار است.

به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌های متغیرهای وابسته پژوهش (نمرات پس آزمون) از آزمون F لون استفاده شده که نتایج حاکی از عدم معناداری اختلاف واریانس میان دو گروه کنترل و آزمایش است و نشان می‌دهد مفروضه فوق در مورد همه متغیرها رعایت شده و برقرار است. تعامل میان متغیر مستقل (متغیر گروه بندی) و متغیر تصادفی

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری

مجدور اتا	سطح معناداری	مقدار F	آزمون چندمتغیری	مرحل اندازه گیری
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۶/۸۷	لامبدای ویلکز	پس آزمون

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات افسردگی پس از زایمان و ابعاد سازمان شخصیت در مرحله پس آزمون

مجدور اتا	سطح معناداری	فراوانی	میانگن مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۲۰/۳۷	۶۶/۸۶	۱	۶۶/۸۶	افسردگی
۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۰/۸۳	۱/۱۶	۱	۱/۱۶	هویت
۰/۶۶	۰/۰۰۱	۴۲/۰۸	۳/۸۸	۱	۳/۸۸	کیفیت روابط موضوعی
۰/۱۹	۰/۰۶	۳/۹۹	۱/۳۹	۱	۱/۳۹	دفاع ابتدایی
۰/۳۵	۰/۰۰۸	۹/۱۷	۳/۴۷	۱	۳/۴۷	خشکی شخصیت
۰/۲۳	۰/۰۰۹	۷/۹۲	۰/۷۷	۱	۰/۷۷	پرخاشگری
۰/۰۵	۰/۳۵	۰/۹۲	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	ارزش اخلاقی

تحلیل‌های چند متغیری قلمداد می‌شود. در خصوص نمرات پس آزمون نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه (کنترل و آزمایش) حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد (نمرات پس آزمون $F=21/57$ و $P\text{ value}=0/01$).

در تحلیل‌های چند متغیری، چهار آزمون معنی داری به نام‌های اثر پیلایی^۱، اثر هتلینگ^۲، لامبدای ویلکز^۳ و بزرگترین ریشه روی^۴ محاسبه می‌شود که آزمون لامبدای مناسب‌ترین آنها در

¹ Pillais Trace

² Hotelling's Trace

³ Wilks Lambda

⁴ Roy's Largest Root

کنترل بود. همچنین نتایج نشان داد که درمان مختصر روابط موضوعی، بر تغییرات مثبت همه ابعاد سازمان شخصیت بجز ارزش‌های اخلاقی، موثر بوده و این تاثیر در ابعاد روابط موضوعی، خشکی شخصیت، دفاع‌های ابتدایی بیش از سایر ابعاد بوده است.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی، بر بهبود علائم افسردگی پس از زایمان موثر است. هرچند پژوهشی که به طور مستقیم با این یافته همخوانی داشته باشد در پیشینه پژوهشی یافت نشد، اما این یافته به طور غیر مستقیم با پیشینه نظری، و یافته‌های پژوهشی اندکی که در این زمینه انجام شده است، هم راستا بوده است (سیلون و همکاران، ۲۰۱۷؛ بلوم، ۲۰۰۷؛ رافائیل- لف، ۲۰۰۱؛ رافائیل- لف، ۲۰۰۰؛ کلارکین، پترینی و دیاموند، ۲۰۱۹، شکبیا، محمدخانی، پورشهباز و مشتاق بیدختی، ۲۰۱۱). برای مثال بسر و همکاران، عنوان می‌کنند درمان‌های روان تحلیلی، با تمرکز بر هیجانات سرکوب شده مادران، و ترمیم آنها، می‌توانند بر کاهش آسیب‌پذیری روانی زنان در دوره پس از زایمان موثر بوده و به کاهش تعارضات بنیادین آنها کمک نمایند (بسر و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، رافائیل- لف بیان می‌کند که درمان‌های روان تحلیلی می‌توانند تاثیر عمیق و ماندگاری بر حل و فصل هیجانات سرکوب شده مادران که آنها را در نقش مادرانه شان دچار مشکل می‌کند کمک نموده و مانع تداوم عوامل روان‌پویایی ایجاد کننده اختلالاتی، مانند افسردگی پس از زایمان می‌شوند (رافائیل- لف، ۲۰۰۱). بلوم نیز بیان می‌کند درمان‌هایی که بر عوامل روان‌پویایی تمرکز دارند، می‌توانند از طریق کمک به پذیرش هیجانات متناقض و دوسوگرایانه مادر در مورد فرزندش و بازتعریف نقش خود در قالب روابط مادر و فرزند، و همچنین حل و فصل مسائل تعارض برانگیزی که مادر یا مراقبین اصلی خود داشته است، بر کاهش علائم افسردگی که معمولاً در دوره پس از زایمان تجربه می‌شود، اثرگذار باشد (بلوم، ۲۰۰۷). در نهایت، استادتر عنوان می‌کند که درمان مختصر روابط موضوعی، درمان

نتایج حاصل از بررسی تفاوت میان نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه کنترل و آزمایش، پس از تعدیل اثر نمره‌های پیش آزمون در هر دو گروه در جدول بالا ارایه شده است. همچنین با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی (۷ متغیر) با تقسیم ۰/۰۵ بر عدد هفت تصحیح بنفرونی اجرا شد. بنابراین حد یا سطح معناداری باید کوچکتر از ۰/۰۰۷ باشد. نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنادار میان نمره‌های دو گروه در کلیه متغیرها بجز ارزش‌های اخلاقی، و تأثیر مثبت و کاهشی روش مداخله‌ای روان درمانی مختصر روابط موضوعی، بر کاهش میزان نمرات متغیرهای مطالعه در گروه آزمایش است. با توجه به مجذور اتا، مشخص می‌شود که همه متغیرها بجز دفاع ابتدایی و ارزش‌های اخلاقی، از مداخله درمانی ارائه شده تاثیر معناداری پذیرفته اند. در این میان متغیر کیفیت روابط موضوعی با ضریب اتای ۰/۶۶، بیشترین تاثیر، و متغیر ارزش‌های اخلاقی با ضریب اتای ۰/۰۵ کمترین اثر را از روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی پذیرفته اند. اندازه اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش به ترتیب ازین قرار می‌باشد: کیفیت روابط موضوعی (۰/۶۶)، افسردگی (۰/۴۹)، خشکی شخصیت (۰/۳۵)، هویت (۰/۳۴)، پرخاشگری (۰/۲۳)، دفاع ابتدایی (۰/۱۹)، ارزش‌های اخلاقی (۰/۰۵). در نتیجه مشخص می‌شود که روش درمانی ارائه شده توسط استادتر بیش از همه بر کیفیت روابط موضوعی، افسردگی، خشکی شخصیت، و هویت تاثیر گذار بوده و به میزان معناداری -هرچند کمتر- روی پرخاشگری زنان دارای علائم افسردگی پس از زایمان اثرگذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی، بر علائم افسردگی پس از زایمان و ابعاد سازمان شخصیت بود. نتایج پژوهش نشانگر تاثیر مثبت روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر کاهش معنادار علائم افسردگی پس از زایمان در گروه آزمایش نسبت به گروه

هیجانان منفی، از جمله پرخاشگری منجر شوند (یومانس، لوی و کیوتی، ۲۰۱۹). کلارکین، پترینی و دیاموند نیز نشان می‌دهند، که روان‌درمانی تحلیلی می‌تواند به بهبود عملکرد شخصیت بیمار کمک کرده و در نتیجه افسردگی را کاهش دهد. این مقاله بیان می‌کند که متخصصان در درجه اول باید نقص‌هایی را در حوزه‌های عملکرد شخصیت، مانند آشفتگی هویت، حساسیت بین فردی و تکانشگری مورد هدف قرار دهند. بهبود در این حوزه‌ها منجر به بهبود علائم افسردگی می‌شود (کلارکین، پترینی و دیاموند، ۲۰۱۹).

در ادامه به تبیین دقیق‌تر یافته‌های پژوهش حاضر می‌پردازیم. این یافته‌ها نشان داد که درمان مختصر روابط موضوعی، باعث بهبود مقیاس کیفیت روابط موضوعی در زنان دارای علائم افسردگی پس از زایمان می‌شود. این موضوع که روابط موضوعی بیش از سایر ابعاد سازمان شخصیت در نتیجه درمان روابط موضوعی تغییر کرده است می‌تواند بواسطه ارتباط زیاد افسردگی پس از زایمان با فعال شدن الگوی روابط موضوعی درونی شده مادر با مراقبین اصلی خودش، و فعال‌سازی تعارضات بین فردی در حوزه دلبستگی (رافائیل - لف ۲۰۰۱) تبیین شود. با توجه به این موضوع، درمان روابط موضوعی با پرداختن به تعارض‌های بنیادین و فعال‌سازی و حل و فصل آن‌ها در جریان انتقال و انتقال متقابل، می‌تواند به تغییر و بهبود کیفیت روابط موضوعی در حوزه تعارضی منجر شود (استادتر، ۲۰۰۹). در همین راستا، کالیگور، کرنبرگ و کلارکین بیان کرده‌اند که افراد نوروتیک (که شامل افراد افسرده نیز می‌شود) در روابط موضوعی شان بخصوص در حوزه‌های تعارضی دچار مشکل هستند، آن‌ها بیان کردند که در طول دوره درمان تحلیلی انتظار می‌رود که تعارض‌های اصلی حل و فصل شوند. این کار با بررسی الگوهای رابطه‌ای که به لحاظ دفاعی فعال شده‌اند شروع شده و به سمت روابط موضوعی تعارضی تر و زیربنایی تر پیش می‌رود. با آگاهی بیمار و درمانگر از الگوهای فعال شده، در فرایند انتقال و انتقال متقابل، سایر

مناسبی برای حل و فصل عمیق مسائل هیجانی، از جمله افسردگی و اضطراب است (استادتر، ۲۰۰۹). طی پژوهشی که با هدف تعیین اثرگذاری مداخله درمان مختصر روابط موضوعی بر کاهش علائم افسردگی انجام شد، مشخص شد این درمان، درمان موثری برای کاهش علائم افسردگی می‌باشد (شکیبا، محمدخانی، پورشهباز و مشتاق بیدختی، ۲۰۱۱).

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی درمان مختصر روابط موضوعی بر سازمان شخصیت افراد دارای علائم افسردگی پس از زایمان، مشخص‌کننده تاثیر این درمان بر برخی مولفه‌های سازمان شخصیت بود که در ادامه با جزئیات بیشتری به تبیین آنها خواهیم پرداخت. این یافته‌ها به طور کلی و غیر مستقیم، همسو با پیشینه پژوهشی در زمینه تاثیر روان‌درمانی تحلیلی بر سازمان شخصیت است. کرنبرگ و همکارانش اعلام می‌کنند، درمان‌هایی که تمرکز آن‌ها بر عوامل روان‌پویایی از جمله انتقال و انتقال متقابل و بازسازی الگوی روابط موضوعی است، می‌تواند به تغییرات ساختاری در سازمان شخصیت منجر شوند کند (کلارکین، کالیگور، استرن و کرنبرگ، ۲۰۱۹). کیف^۱ و دی‌روبیژ^۲ در پژوهشی که با هدف سنجش تغییرات شخصیت در جریان روان‌درمانی انجام دادند، دریافتند که درمان‌های روان‌تحلیلی می‌تواند به تغییرات بنیادین شخصیت از جمله دفاع‌ها، توانایی ذهنی سازی و تغییرات مثبت در دلبستگی بیانجامد (کیف و دی-روبیژ، ۲۰۱۸). یومانس، لوی^۳ و کیوتی^۴ نیز بیان می‌کنند که درمان‌های روان‌تحلیلی می‌تواند بر بهبود کیفیت بازنمایی ذهنی فرد از خود و دیگری (بعد هویت)، توانایی برقراری روابط باثبات تر (بعد روابط موضوعی)، و توانایی تنظیم

¹ Keefe

² DeRubeis

³ Levy

⁴ Kivity

اتکا به توانایی‌های شخصی بهبود می‌یابد و انتظارات فرد از خودش در زمینه کارآمدی در کار، تحصیل و پیشرفت، متعادل تر و واقع بینانه تر می‌شود. همچنین، فرد در مورد الگوهای رفتاری و نیازهای مربوط به پیشرفت خود بینش بیشتری کسب می‌کند و در برابر استرس‌های مربوط به کارایی، دفاع‌های سازگارانه تر و منعطف تری را استفاده می‌کند. کلارکین و همکاران (۲۰۰۶)، نیز عنوان می‌کنند که درمان تحلیلی، از طریق کسب بینش و حل و فصل روابط موضوعی درونی شده که در فرایند انتقال فعال می‌شود، بر انسجام و یکپارچگی بازنمایی خود و موضوع اثرگذار است. بیتمن و فوناگی (۲۰۰۶)، این یکپارچگی در بازنمایی را در اثر افزایش توانایی ذهنی سازی افکار و احساسات خود و دیگران، و حس انسجام درونی حاصل از درمان تحلیلی می‌دانند. از طرف دیگر، استادتر (۲۰۰۹)، بیان می‌کند که درمان روابط موضوعی از طریق کمک به یکپارچه کردن ابعاد تعارضی، ناپذیرفتنی و گسسته خود، در قالب پرداختن به آنها و فعال شدن هیجان‌ها فرد نسبت به آنها در جریان درمان، و حل و فصل شان در یک فضای تحمل کننده، می‌تواند به انسجام تصور فرد از خود و احساس یکپارچگی هویتش کمک نماید.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، عدم تاثیر روان‌درمانی مختصر روابط موضوعی بر دفاع‌های ابتدایی بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله انجام شده تاثیر معناداری بر دفاع‌های ابتدایی نداشته است و بین گروه آزمایش و گروه کنترل در شاخص دفاع‌های ابتدایی تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این یافته نیز مغایر با پیشینه پژوهشی است. برای مثال، کرامر و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داده اند که درمان کوتاه مدت تحلیلی، بر تمایل افراد به استفاده بیشتر از دفاع‌های پخته تاثیرگذار است. باربر و همکاران (۲۰۱۳)، بیان کرده اند که یکی از مکانیسم‌های مهم درمان‌های تحلیلی، شفاف سازی و یکپارچه سازی بازنمایی‌های خود و موضوع دونیمه شده‌ای است که در قالب انتقال بیرون می‌آیند. برای

الگوهای ارتباطی درونی شده که قبلاً بدین طریق فعال می‌شده، مشخص می‌گردند و با پیشرفت درمان به درک عمیق بیمار از روابطش و هیجان‌ها پیچیده‌ای می‌انجامد که در بافت روابط بین فردی اش تجربه می‌کند (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷). استادتر بیان می‌کند که درمان روابط موضوعی، با شناسایی الگوهای روابط موضوعی مشکل ساز، پرداختن به آنها و درونی کردن الگویی سالم تر در جریان رابطه بیمار و درمانگر، می‌تواند تغییرات بنیادین در الگوهای روابط موضوعی بیماران ایجاد نماید (استادتر، ۲۰۰۹).

یافته‌های پژوهش همچنین مشخص کردند که شاخص دیگری که تاثیر زیادی از درمان مختصر روابط موضوعی پذیرفته است، مقیاس خشکی شخصیت است. طبق تعریف، خشکی شخصیت به استفاده غیرمنعطف از مکانیسم‌های دفاعی اطلاق می‌شود (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷). در شرایط اضطراب زا و پر تعارض دوران پس از زایمان، که مسایل هیجانی عمیق و قدیمی فعال می‌شوند (بلوم، ۲۰۰۷)، سازمان روانی نیاز به دفاع و محافظت از خویش در برابر به هشیاری آمدن هیجان‌ها ناخوشایند قدیمی دارد و در نتیجه با استفاده از دفاع‌های خشک و انعطاف ناپذیر، از خود محافظت می‌کند (کلارکین، پترینی و دیاموند، ۲۰۱۹). در جریان درمان روابط موضوعی و فعال شدن روابط موضوعی درونی شده همراه با هیجان‌هایی که به همراه دارند (این احساسات عمیق و قدیمی به تجربه هشیار آمده و نیاز کمتری برای دفاع‌های سفت و سخت در برابر آنها وجود خواهد داشت (استادتر، ۲۰۰۹).

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشانگر تاثیر درمان مختصر روابط موضوعی بر مقیاس هویت سازمان شخصیت در زنان دارای علائم افسردگی پس از زایمان بود. این یافته همسو با پیشینه پژوهشی بود؛ برای مثال، وربارت^۱، برگست^۲ و لوآندر^۳ (۲۰۲۰)، نشان داده اند که در اثر درمان تحلیلی، عزت نفس و

¹ Werbart

² Bergstedt

³ Levander

پس از زایمان هیجانانگیز شدیدی از جمله خشم تجربه می‌شود (بلوم، ۲۰۰۷)، و با در نظر گرفتن کلیشه مادر خوب، و احساس گناه ناشی از آن، تجربه خشم می‌تواند به عنوان تجربه‌ای یکپارچه نشده و غیرقابل تحمل درآمده و در نتیجه به صورت میل به بیرون ریزی و تبدیل شدن به عمل پرخاشگرانه علیه خود یا دیگری خود را نشان دهد (مشتاق بیدختی، ۲۰۱۱). در این راستا، درمان روابط موضوعی با پرداختن به این هیجانانگیز و یکپارچه کردن آن‌ها در تجربه فرد از خود، به پذیرش این هیجانانگیز کمک نموده و در جهت افزایش ظرفیت تحمل فرد نسبت به هیجانانگیز ناخوشایندش حرکت می‌کند. افزایش ظرفیت تحمل هیجانانگیز ناخوشایند، میل به بیرون ریزی آن‌ها را کاهش می‌دهد (استادتر، ۲۰۰۹). البته، باید تاکید کرد که مداخله انجام شده، کمترین تاثیر را بر مولفه پرخاشگری داشته و این ممکن است به این دلیل باشد که تجربه خشم و پرخاشگری در دوره پس از زایمان، با تصویر اجتماعی شده از مادر خوب در تضاد قرار می‌گیرد و زنان به طور معمول سعی در انکار خشم یا جابجایی آن با سایر احساسات مانند احساس گناه دارند. این موضوع می‌تواند در پاسخگویی به سوالات مربوط به پرخاشگری مداخله کرده و فرد در پاسخ به این سوالات با محافظه کاری بیشتری عمل کند. همچنین از آنجا که کلارکین و همکاران (۲۰۱۹)، غلبه پرخاشگری را با دفاع ابتدایی و کیفیت پایین روابط موضوعی در ارتباط دانسته‌اند، ممکن است تغییرات در بعد پرخاشگری به تغییرات در دفاع ابتدایی همبسته باشد و نیاز به مداخلات طولانی مدت جهت تغییر و بهبود داشته باشد.

در نهایت، تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان مختصر روابط موضوعی بر ارزش‌های اخلاقی تأثیری نداشته است. این یافته با انتظار ما از درمان روابط موضوعی همخوانی نداشت زیرا انتظار می‌رود در جریان درمان روابط موضوعی، فرد توانایی روابط بین فردی مسئولانه تر و توأم با همدلی و

یکپارچه سازی این بازنمایی‌های قطبی شده، درمانگر سعی می‌کند آنها را در بافت تعارضات هشیار شناسایی کرده و تشخیص دهد تحت چه شرایطی این بازنمایی‌های همه خوب، یا همه بد، فعال می‌شوند، و این دفاع‌ها در خدمت محافظت فرد از چه نوع تعارضاتی عمل می‌کنند. این مکانیسم‌ها باعث تقویت واقعیت‌سنجی، ظرفیت ذهنی‌سازی افکار و احساسات خود و دیگران، و انسجام دنیای درونی فرد می‌شود. باربر و همکاران همچنین تقویت سیستم دفاعی به سمت استفاده سازگارانه تر از دفاع‌ها را یکی از مکانیسم‌های منحصر به فرد درمان‌های تحلیلی می‌دانند که منجر به تغییرات بلندمدت در بیماران می‌شود. میلر و کرنبرگ (۲۰۱۰)، نیز به این موضوع اشاره می‌کنند که در درمان تحلیلی مبتنی بر انتقال، از طریق فعال سازی روابط موضوعی دونیمه شده و عواطف متصل به آنها در جریان انتقال، جریانی از همانندسازی فراقکنانه رخ می‌دهد که در آن بیمار بخش‌های دونیمه شده خود را به درمانگر فراقکنی کرده و از طریق همانندسازی با درمانگر می‌تواند آن بخش‌ها را دوباره از آن خود کند؛ این فرایند مکانیسمی است که به یکپارچگی بیشتر روابط موضوعی بیمار کمک می‌کند. سامرز و باربر (۲۰۱۰)، نیز یکی از اهداف درمان‌های تحلیلی را غلبه دفاع‌های پخته تر به جای دفاع‌های ابتدایی می‌دانند. آنها خاطر نشان می‌کنند که دفاع‌های ابتدایی که در بیماران مرزی غالب است، دفاع‌هایی پایدار و مقاوم هستند که نیاز به کار تحلیلی طولانی مدت و فشرده دارند. همین امر می‌تواند تبیین کننده عدم معنادار شدن شاخص دفاع‌های ابتدایی در پژوهش حاضر باشد. در نتیجه، در تبیین این یافته می‌توان گفت که تغییر در مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی نیازمند کار تحلیلی طولانی مدت است و نمی‌توان انتظار چنین تغییراتی را در درمان کوتاه مدت داشت.

دیگر یافته پژوهش حاضر، تاثیر درمان مختصر روابط موضوعی بر مقیاس پرخاشگری بود. با توجه به اینکه در دوره

اجتماعی نسبت به افسرده بودن، و مسائلی از این دست، شرایط استفاده از کمک درمانی را نداشتند. در نتیجه، این تصور محتمل است که افرادی که وارد درمان شده اند به طور بالقوه آمادگی بیشتری برای بهبود علائم افسردگی داشته و شرایط حمایت اجتماعی مساعدتری برای بهبودی داشته اند که به آن ها اجازه ورود به درمان و ادامه آن را داده است. پیشنهاد می شود جهت سنجش این موضوع، در پژوهش های آتی، نقش متغیرهای حمایت اجتماعی، و حمایت همسر نیز مورد بررسی قرار گیرد. انجام پژوهش های مقایسه ای بین این مدل از درمان و سایر مدل های درمانی به منظور بررسی آثار اثرات اختصاصی این نوع درمان، می تواند به درمانگران در رابطه با انتخاب درمان مناسب برای بیماران افسردگی پس از زایمان کمک نماید. همچنین پیشنهاد می شود که در مراکز بهداشتی و روان درمانی، از این مداخله جهت کاهش علائم افسردگی پس از زایمان و سازگاری بیشتر در ابعاد سازمان شخصیت این افراد استفاده شود. همچنین، توصیه می شود به قصد ملاحظات پیشگیرانه در زمینه عوارض هیجانی دوران پس از زایمان، چنین مداخلاتی بر روی زنانی که قصد فرزندآوری داشته یا در دوران بارداری هستند صورت پذیرد.

طبق یافته های پژوهشی حاضر، افسردگی پس از زایمان تحت تاثیر روان درمانی مختصر روابط موضوعی با الگویی که استادتر پیشنهاد کرده است، کاهش یافته است. همچنین آزمودنی هایی که تحت درمان مختصر روابط موضوعی قرار گرفتند، در همه ابعاد مربوط به سازمان شخصیت بجز ارزش های اخلاقی، به سطوح سالم تر و سازگارانه تر دست یافتند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه سراسری سمنان می باشد و بدینوسیله، از کلیه همکارانی که در روند اجرای این پژوهش با صبوری فراوان ما را یاری نمودند، و تمام آزمودنی های محترم که با همراهی خود، ما را با قادر به اجرای آن نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

احساس گناه متناسب را بیابد. اما این انتظار مربوط به درمان های طولانی مدت تر است (استادتر، ۲۰۰۹)، با توجه به کوتاه مدت بودن و متمرکز بودن درمان مختصر روابط موضوعی بر مسائلی که حول محور دوران پس از زایمان و هیجانات مربوط به آن بود، انتظار گسترش آثار آن به حیطه های اخلاقی دیگر، انتظاری دور از ذهن است. علاوه بر آن، پرسش های مربوط به ارزش های اخلاقی، سوالاتی از مثال های عینی از رفتار غیر اخلاقی در طول پنج سال گذشته بود، لذا پاسخ های فرد در طول دوران پنج ماهه درمان، می تواند تفاوت چندانی با پیش از آن نداشته باشد. شاید اگر این سوالات در حوزه روابط نزدیک و رابطه با فرزند بود، امکان یافتن تغییرات محسوس در این بعد قابل پیش بینی تر بود.

همان طور که مشاهده شد، درمان مختصر روابط موضوعی بر کاهش علائم افسردگی پس از زایمان، و ابعاد سازمان شخصیت، بجز دفاع ابتدایی و ارزش های اخلاقی، اثرگذار بوده است. این یافته ها را به طور کلی می توان این گونه تبیین کرد که آسیب پذیری بیشتر شخصیت، می تواند منجر به تداوم علائم در دوره پس از زایمان و حل نشدن آن در طول زمان شود. لذا مداخلاتی که بر بازسازی شخصیت یا تغییرات بنیادین شخصیت تاکید می کنند، می توانند در کاهش تداوم افسردگی پس از زایمان و به حداقل رسیدن عوارض ناشی از آن تاثیر قابل توجهی داشته باشند.

پژوهش حاضر محدودیت هایی داشت که از آن جمله می توان به عدم امکان ارزیابی در مرحله پیگیری اشاره کرد که به علت دردسترس نبودن تعدادی از آزمودنی ها در طول ماه های پس از انجام مداخله ایجاد شد. همچنین زنانی که در این پژوهش همکاری کردند اغلب امکان مراجعه به روانپزشک برای گذاشتن تشخیص بالینی را نداشتند و این موضوع محدودیتی را برای تشخیص بالینی افسردگی پس از زایمان ایجاد می کرد. از طرف دیگر، برخی از زنانی که نمرات بالاتری در آزمون افسردگی پس از زایمان داشتند، به علت شرایط نامساعد خانوادگی، از جمله عدم موافقت همسر با شروع یا ادامه درمان، نداشتن حمایت اجتماعی برای نگهداری از فرزند، نگرانی های مربوط به برچسب

References

- Johansson, M., Benderix, Y. & Svensson, I. (2020) Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 15(1): 1-10.
- Sylven, S.M., Thomopoulos, T.P., Kollia, N., Jonsson, M. & Skalkidou, A. (2017). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*, 40: 4-12.
- Freeman MP. Perinatal Depression Recommendations for Prevention and the Challenges of Implementation. *Counseling Interventions to Prevent Depression*. 2019; 321(6): 550-552.
- Knights JE, Salvatore ML, Simpkins G, Hunter K, Khandelwal M. In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 206: 99-104.
- Posmontier B, Bina R, Glasser S, Cinamon T, Benedict S, Sammarco T. Incorporating Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression Into Social Work Practice in Israel. *Research on social work*. 2019; 29(1): 61-68.
- Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Annals of family medicine*. 2016; 14(5): 463-472.
- Zarghami M. Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. *North American Journal of Medical Sciences*. 2016; 8(6): 232-236.
- Dennis E Janssen PA. Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Willy Online Library*. 2004;110(5): 338-346.
- Fitelson E. Kim S. Baker A. S. Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International journal of women's health*. 2011; 3(1).
- Dennis CL. Psychological treatment is one of the several important components to the effective management of postpartum depression. *Evidence-based nursing*. 2017; 20(1): 9-11.
- Molyneaux E. Howard LM. McGeown HR. Karia AM. Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 9.
- Turner KM. Sharp D. Folkes L. Chew-Graham C. Women's views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Family practice*. 2008; 25(6): 450-455.
- Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2008; 33(4): 302.
- Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2009; 16(1).
- Howard LM. Megnin-Viggars O. Symington I. Pilling S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *Bmj*. 2014; 349.
- Besser A. Priel B. Flett GL. Wiznitzer A. Linear and Nonlinear Models of Vulnerability to Depression: Personality and Postpartum Depression in a High Risk Population. *Individual Differences Research*. 2007; 5(1): 1-29.
- Stone SD. Menken AE. Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner. Springer Publishing Company. 2008: 309-319.
- Stadter, M. Object Relations Brief Therapy; the therapeutic relationship in short-term work. United States of America: Jason Aronson. 2009.
- Blum LD. Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*. 2007; 24(1): 45-62.
- Stern D. The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books. 1995. p.62-63.
- Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: Conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *British Journal of Medical Psychology*. 1986; 59: 43-55.

22. Raphael-Leff, J. Psychological processes of childbearing (Rev. ed.). London: Chapman & Hall. 2001. p. 87-89.
23. Besser A, Vliegen N, Luyten P, Blatt SJ. Systematic empirical investigation of vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective. *Psychoanalytic Psychology*. 2008; 25(2): 1-19.
24. Priel B, Besser A. Bridging the gap between attachment and object relations' theories: A study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*. 2001; 74: 85-100.
25. Raphael-Leff J. Parent-infant psychodynamics – wild things, mirrors and ghosts. London, New York: Whurr Publishers. 2003. p. 108.
26. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*. 1984; 95: 498-515.
27. Raphael-Leff J. Climbing the walls: Therapeutic intervention for post-partum disturbance. In J. Raphael-Leff (Ed.), *Spilt milk*. London: Institute of Psychoanalysis. 2000. p. 67-81.
28. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R). Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York. 2019.
29. Kernberg OF, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Eds.). New York, NY: Guilford Press. 2005. p.119-147.
30. Caligor E, Clarkin JF. An object relations model of personality and personality pathology. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2010. p.121-143.
31. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. 2018. p.205-211.
32. Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield C, Horz S, Maccornack V, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment* 2010; 92(1): 35-44.
33. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press. 1984.
34. Mullen LS, Blanco C, Vaughan SC, Vaughan R, Roose SP. Defense mechanisms in personality and depression. *Depression and Anxiety*. 1999; 10: 168-174.
35. Behn A. Working with clients at the intersection of depression and personality dysfunction: Scientific and clinical findings regarding complex depression. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 75(5): 819-723.
36. Guerini R, Marraffa M. & Paloscia C. Mentalization, attachment, and subjective identity. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6: 10-22.
37. Clarkin JF, Petrini M, Diamond D. Complex depression: The treatment of major depression and severe personality pathology. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 75(5): 824-833.
38. AhmadikaniGolzar A, Golizadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015; 3(3): 1-10. (Full Text in Persian)
39. Vahedi A, Makvand HSh, Bigdeli I. Diagnosis of higher level personality pathology by using short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4 (315): 75-85.
40. Farjad M, Mohammadi N, Rahimi CH, Hadianfard H. The relationship between personality organization and defense mechanisms. *Journal of Psychology*. 2013; 17(2): 18-32. (Full Text in Persian)
41. Taylor D. Treatment manuals and the advancement of psychoanalytic knowledge: The treatment manual of the tavistock adult depression study. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2015; 96(3): 507-924.
42. Shakiba S, Mohamadkhani P, Poorshahbaz A, Moshtaghbidokhti N. The efficacy of Brief Object Relations Psychotherapy on major depressive disorder comorbid with cluster C personality disorders: a single subject study. *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*. 2011; 25(2): 57-65.

43. Keefe JR, DeRubeis RJ. Changing character: A narrative review of personality change in psychotherapies for personality disorder. *Psychotherapy Research*. 2018; 29(6): 752-769.
44. Yeomans FE, Levy KN, Kivity Y. *Case formulation in transference-focused psychotherapy*. Elsevier Inc., Cambridge, MA. 2019.
45. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Hand book of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. 2nd ed. Washington, DC: Am psychiatr publ. 2007.
46. Werbart A, Bergstedt A, & Levander S. Love, Work, and Striving for the Self in Balance: Anaclitic and Introjective Patients' Experiences of Change in Psychoanalysis. *Front. Psychol* 2020; 11, 132-144.
47. Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality disorder focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric. 2006.
48. Bateman AW, & Fonagy P. *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. 2006.
49. Kramer U, Despland JN, Michel L, Drapeau M, & de Roten Y. Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 66(12), 1232-1241.
50. Barber JP, Muran JC, McCarthy KS, & Keefe RJ. Research on Psychodynamic Therapies. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) New York: John Wiley & Sons. 2013; 443-494.
51. Miller A, & Kernberg OF. Instructor's Manual for Psychoanalytic Psychotherapy for Personality Disorders: An Interview with Otto Kernberg. *Psychotherapy.net*. 2010.
52. Summers RJ, & Barber JP. *Dynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press. 2010.
53. Moshtaghbidokhti N. *Good Mother – Bad Mother*. Mehr o Mah Publishing Co. 2011. Full text in Persian.
54. Clarkin JF, Petrini M, & Diamond D. Complex depression: The treatment of major depression and severe personality pathology. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 75(5): 824-833.

Original Article

The Effectiveness of the Object Relations Brief Psychotherapy on Domains of Personality Organization and Postpartum Depression Symptoms

Received: 26/10/2020 - Accepted: 16/01/2020

Adeleh Ezzati¹
Parvin Rafieinia^{2*}
parviz sabahi³
Shahrokh Makvand Hosseini⁴

¹ PhD. student of psychology,
Psychology and Educational Sciences
Department, University of Semnan,
Semnan, Iran.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Faculty of Psychology and
Educational Sciences, Semnan
University, Semnan, Iran

³ Assistant Professor of psychology,
Psychology and Educational Sciences
Department, University of Semnan,
Semnan, Iran.

⁴ Associate Professor of psychology,
Psychology and Educational Sciences
Department, University of Semnan,
Semnan, Iran.

Email:
drparvinrafieinia@yahoo.com

Abstract

Introduction: Postpartum depression is one of the disorders that can have irreparable effects on neonatal mental health and mother-child relationship. The aim of this study is to determine effectiveness of the object relations brief psychotherapy on personality organization and postpartum depression symptoms.

Material and Methods: This clinical trial study was conducted on 30 women with postpartum depression (15 experimental group and 15 control group) during the period of 1396-97. The sample population was selected from available women visiting the health centers in Tehran and completed the Edinburg postpartum depression Questionnaire and Structured Interview of Personality Organization in pre-test and post-test stages. The experimental group received 15 sessions of object relations brief psychotherapy, and the control group was not subjected to any intervention. Data were analyzed using SPSS software and multivariate covariance analysis.

Results: According to the results of the covariance analysis test, the postpartum depression score, and scores of different dimensions of personality organization, had a significant decrease in the experimental group compared to the control group, in the post-test stage. These results indicated that the brief object relations psychotherapy has been effective in reducing the symptoms of postpartum depression and has led to positive changes in the dimensions of personality organization.

Conclusion: According to the findings, it can be said that brief object relations psychotherapy can be a suitable treatment for decreasing the symptoms of depression in postpartum period and making positive changes in the dimensions of personality organization.

Keywords: Psychotherapy, Brief Object Relations Psychotherapy, Personality Organization, Object Relations, Postpartum Depression