

## روانشناسی افسردگی پس از زایمان (سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان)

غلامرضا رجبی، سیامک خدارحیمی<sup>۱</sup>

### چکیده

این مقاله به توصیف افسردگی پس از زایمان می‌پردازد و با استفاده از تازه‌ترین یافته‌های پژوهشی، نقش متغیرهای جمعیت نگارانه - اجتماعی، تاریخیچه افسردگی خانوادگی و شخصی، رویدادهای استرس‌زای زندگی و عوامل آسیب‌پذیری شناختی را در افسردگی پس از زایمان مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. در این نوشتار، انواع مختلف افسردگی پس از زایمان، الگوی نظری افسردگی پس از زایمان، مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش این قلمرو و سرانجام روش‌های گوناگون پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است.

### The psychology of postpartum depression: Etiology,

### Assessment and Treatment

*GH. Regabi . Ph. DS / S. Khodarahimi. M.A*

#### Abstract:

This article described postpartum depression with respect to new findings. The roles of sociodemographic variables, personal and familial history of depression stressful life events and other cognitive vulnerability factors in postpartum depression are discussed.

Furthermore, the various types of post partum depression, it's theoretical foundations and it's measurement scales are suggested. Final section of article allocated to prevention and treatment of postpartum depression.

**Key words:** *postpartum depression, sociodemographic, family history, stressful events, cognitive vulnerability, scales, theoretical model, treatment*

<sup>۱</sup> دانشجوی دوره دکترای روانشناسی و دانشگاه شهید چمران اهواز  
<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی شیراز

در چند دهه گذشته نشانگان افسردگی پس از زایمان مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم پزشکی و روانشناسی قرار گرفته است. افزایش پژوهش در این زمینه دلایل گوناگونی دارد. یک دلیل آن است که اگر چه تولد نوزاد در مقطعی از زمان برای بسیاری از خانواده‌ها اتفاق می‌افتد، ولی بسیاری از مادران در این مقطع یک دوره تغییر و تحول روحی - جسمانی را نشان می‌دهند. در سطح بین فردی، آبستنی<sup>۱</sup> و تولد نوزاد با تغییرات چشمگیر در روابط زناشویی، نقشهای اجتماعی، خانوادگی و روزمره اعضای خانواده مشخص می‌گردد. این مرحله از زندگی می‌تواند برای مادر، کودک و کل خانواده مخرب باشد.

افسردگی می‌تواند در فرایند دل بستگی<sup>۲</sup> و تعهد طبیعی<sup>۳</sup> مادر، مراقبت مؤثر او از طفل و مهارتهای او به عنوان یک مادر مداخله کند. به راستی، همان طور که گوتلیب و همکارانش<sup>۴</sup> (۱۹۸۷، ۱۹۹۰، ۱۹۸۵؛ به نقل از کوتلیب، ۱۹۹۱)، و دیگران (بیلینگ، موس، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶، موریسون، ۱۹۸۳) خاطر نشان کرده‌اند پیامدهای روانشناختی افسردگی مادر برای شیرخوار و کودک خردسال اغلب شدید است. زمان پس از تولد یا زایمان به عنوان دوره افزایش خطر شیوع افسردگی در زنان قلمداد می‌شود. (براگینگتون و همکاران، ۱۹۸۲؛ کندل و همکاران، ۱۹۷۶؛ اهارا و همکاران، ۱۹۸۲).

پژوهشهای انجام شده در مورد شیوع افسردگی پس از زایمان به اندازه و شدت نشانه‌شناسی افسردگی<sup>۵</sup> (اهارا و همکاران، ۱۹۸۲؛ بیکل و همکاران، ۱۹۸۰) متمرکز بوده است تا ارزیابی تشخیصی آن. گرچه نشانه‌شناسی افسردگی برای تشخیص در این دوران مهم است، لیکن نتایج پژوهشها فقط بر روی نشانه‌هایی متمرکز بوده که احتمالاً گمراه کننده‌اند. چون برخی از تغییرات طبیعی فیزیولوژیکی در دوران آبستنی و دوران پس از زایمان مشابه نشانه‌های افسردگی است مانند فقدان علایق جنسی، تغییر اشتها و خستگی در این موارد،

<sup>1</sup> Pregnancy

<sup>2</sup> Marital

<sup>3</sup> Attachment

<sup>4</sup> Gotlib et al

<sup>5</sup> Billing & Moos

<sup>6</sup> Morrison

<sup>7</sup> Brockington & et al

<sup>8</sup> Kendell & et al

<sup>9</sup> O'Hara et al

<sup>10</sup> Semiology

<sup>11</sup> Paykel et al

افزون بر اندازه‌های شدت افسردگی، استفاده از ملاکهای تشخیصی برای تشخیص دقیق شیوع افسردگی در دوران پس از زایمان ضروری است. کاترون<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) در مطالعه‌ای با استفاده از ملاک تشخیصی شیوع ۳/۵ درصد را برای افسردگی عمده<sup>۲</sup> براساس راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکان آمریکا، (۱۹۸۰) در سه ماهه سوم آبستنی و شیوع ۸/۱ درصد را برای افسردگی عمده در دو ماهه نخست پس از زایمان گزارش کرده است. او اشاره می‌کند که تخمینهای افسردگی در دوران آبستنی و دوران پس از زایمان با تغییرات طبیعی فیزیولوژیکی آمیخته شده است.

### انواع اختلالات روانپزشکی و عاطفی پس از زایمان

سارتر و بارجیوس<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) عوارض روانپزشکی و هیجانی پس از زایمان را به سه دسته زیر تقسیم‌بندی کرده‌اند:

۱) **غم پس از زایمان:** کمترین شدت افسردگی را دارد، شروع آن در هفته نخست پس از زایمان است. اکثر اوقات در روز سوم یا چهارم پس از زایمان دیده می‌شود. یک اختلال خلقی ناپایدار است که ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از تولد نوزاد رخ می‌دهد و با علائم خلق غمگین، غم ناپایدار، عدم توانایی هیجانی، ملامت و سرزنش، اختلال خواب و اختلال خلقی ناپایدار مشخص می‌شود (پیت<sup>۴</sup>، ۱۹۷۳، یالوم و دیگران<sup>۵</sup>، ۱۹۶۸). غم پس از زایمان خود محدود شونده<sup>۶</sup> است و معمولاً ۱۰ روز پس از زایمان کاهش معنی‌دار در آن دیده می‌شود.

دامنه تخمین شیوع آن بین ۳۳ درصد (هاندلی و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۸۰) تا ۷۰ درصد (هریس<sup>۸</sup>، ۱۹۸۰) است و این موضوع تا اندازه‌ای به ملاک تشخیصی بستگی دارد.

۲) **روان‌پریشی پس از زایمان:** یک اختلال ناتوان‌کننده و نادر است که معمولاً<sup>۹</sup> به بستری کردن نیاز دارد. در هر ۱۰۰۰ زایمان یک یا دو نفر مادر به آن مبتلا می‌شوند (هرزوک و

<sup>1</sup> Cuntrona

<sup>2</sup> Major depression

<sup>3</sup> Sutter & Bourgeois

<sup>4</sup> post - partum Blues

<sup>5</sup> Pitt

<sup>6</sup> Yalom et al

<sup>7</sup> Self - limited

<sup>8</sup> Handley et al

<sup>9</sup> Harris

<sup>10</sup> Post - partum Psychosis

دیتری<sup>۱</sup> ۱۹۷۶؛ کندل و دیگران، ۱۹۸۷). در زایمان نخست در حدود ۵۰٪ و در زایمان دوم در حدود ۴۰٪ مادران ممکن است به این اختلال مبتلا شوند. این نشانگان با نشانه‌هایی از قبیل ناتوانی زیاد، گیجی و منگی، هذیانها<sup>۲</sup> و نشانه‌های توهم پایدار<sup>۳</sup>، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی هیجانی و نگرانیهای وسواس‌گونه در مورد نوزاد، افکار خاص و میل به آزدردن کودک یا خود همراه است (براکینگتون و دیگران، ۱۹۸۱؛ هرزوک و دیتری، ۱۹۷۶). این علایم معمولاً از روز سوم زایمان شروع می‌شوند. علایم دیگر عبارتند از سوءظن، بی‌ربطی کلام، بی‌علاقگی به طفل، بی‌میلی نسبت به مراقبت از آن و ممکن است بیمار زایمان یا ازدواج را انکار کند و ادعای باکره بودن نماید.

۳) **افسردگی پس از زایمان:** این نشانگان مشابه دوره افسردگی بالینی سرپایی درمان نشده است و فاقد علایم روان‌پریشی است (هاپکینز، مارکوس، کمپبل<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴؛ اهارا، زیگوسکی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸). شیوع آن بین ۴/۷ درصد (کاترونا، ۱۹۸۳) تا ۱۴/۹ درصد (کامار، رابسون<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴) و از افسردگی خفیف تا عمده در نوسان است. گرچه این نشانگان دارای ملاکهای تشخیصی متفاوتی است ولی متخصصان بالینی توافق دارند که افسردگی پس از زایمان با نشانگان عاطفی پدیدار شده در دوره ۶ ماه پس از تولد نوزاد ارتباط دارد و با ملاکهای تشخیصی (اسپیتزر<sup>۷</sup>، ایندیکوت و رایبیز<sup>۸</sup>، ۱۹۷۸) افسردگی خفیف و عمده، فاقد ویژگیهای روان‌پریشی، هماهنگی دارد (کاترونا، ۱۹۸۲؛ کامار و رابسون، ۱۹۸۴؛ اهارا و زیگوسکی، ۱۹۸۸). در آمریکا سالانه تقریباً یک میلیون نوجوان باردار می‌شوند. بطوری که ۱۳ درصد از کل زایمانها در سال ۱۹۸۶، به زنان کمتر از ۲۰ سال تعلق داشت (مرکز بین‌المللی آمارهای بهداشتی، ۱۹۸۸). پژوهشهای مختلف نشان داده‌اند که مادران نوجوان از این لحاظ با مشکلات اقتصادی و آموزشی مواجه هستند (هافرت و هیز<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷). گزارشات بالینی اشاره می‌کنند که نشانه‌های افسردگی در

<sup>1</sup> Herzog & Detre

<sup>2</sup> Delusion

<sup>3</sup> Hallucination

<sup>4</sup> Hapkins, Markus & Campbell

<sup>5</sup> Ohara & Zekoski

<sup>6</sup> Kumar & Robson

<sup>7</sup> Minor depression

<sup>8</sup> Spitzer et al

<sup>9</sup> Hofferth & Hayes

میان مادران نوجوان گستردگی کامل دارد (فرایبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲). بارت، اسکینگی و ماکسول<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) در یک مطالعه مقطعی با استفاده از نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در بین نمره‌های افسردگی سه گروه از زنان نوجوان باردار، زنان دارای فرزند<sup>۳</sup> و زنان غیرحامله<sup>۴</sup> تفاوت معنی‌داری مشاهده نکردند.

مطالعات انجام شده در مورد نوجوان افسرده در سالهای پس از زایمان نشان می‌دهد این زنان بطور کلی در سالهای نخستین کودکی خود علائم افسردگی را تجربه کرده‌اند (توراتمن و کاترونا<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). مطالعه دیگر نشان می‌دهد: مادران نوجوانی که نخستین فرزند خود را در این دوره به دنیا می‌آورند در مقایسه با مادرانی که نخستین فرزندشان را در سن بالاتری به دنیا آورده‌اند، احساس غمگینی بیشتری را تجربه می‌کنند (براون، آدامز و کلام<sup>۶</sup>، ۱۹۸۱). تواتمن و کاتروها<sup>۷</sup> (۱۹۹۰) در یک مطالعه، یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل از دختران نوجوان را در سه زمان (پیش از تولد نوزاد، شش هفته پس از زایمان و ۱۲ ماه پس از زایمان) با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از لحاظ میزان افسردگی مورد مقایسه قرار دادند. تحلیل آنها نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌ها در سه زمان مختلف از جهت میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. ولی هنگامی که آنها نشانه‌های افسردگی را به مقوله‌های جسمانی<sup>۸</sup> و شناختی - عاطفی<sup>۹</sup> تقسیم کردند، بین آزمودنیها تفاوت معناداری ظاهر شد: فقدان تفاوت معنادار میزان افسردگی بین دو گروه را با احتمال میزان زیاد سقط جنین<sup>۱۰</sup> در میان نوجوانان تبیین کرده‌اند. زیرا تخمین زده شده است که در حدود ۴۰ درصد دختران نوجوان باردار به آبستنی خود خاتمه می‌دهند (هافرت<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۷). بنابراین، می‌توان گفت دختران نوجوانی که آبستنی خود را تا موعد مقرر ادامه می‌دهند همان گروه دخترانی هستند که به کودک گرایش دارند و در انتظار سازگاری مناسب می‌باشند. در سایر مطالعات گزارش شده

<sup>1</sup> Fraiberg

<sup>2</sup> Barth et al

<sup>3</sup> Parenting

<sup>4</sup> Nonchild Bearing

<sup>5</sup> Troutman & Cutrona

<sup>6</sup> Brown & Adams & Kellam

<sup>7</sup> Somatic

<sup>8</sup> Affective - cognitive

<sup>9</sup> Abortion

<sup>10</sup> Hofferth

است که هنگام تولد نوزاد در زنان بزرگسال دامنه میزان افسردگی عمده پس از زایمان ۱ تا ۸ درصد می‌باشد (کاترونا، ۱۹۸۳)، توراتمن و کاترونا (۱۹۹۰) میزان افسردگی عمده در دوران پیش از تولد نوزاد و پس از تولد نوزاد و پس از زایمان را در زنان نوجوان در حدود ۶ درصد گزارش کرده‌اند. بدیهی است که این موضوع می‌تواند ناشی از بارداری بدون برنامه‌ریزی در این زنان باشد (هرزوک و دیتری، ۱۹۶۷؛ کندل و همکاران، ۱۹۸۷). پروترو<sup>۱</sup> (۱۹۶۹) معتقد است که در چند ماه نخست پس از زایمان، خطر ابتلا به افسردگی بالینی غیر روان‌پریشانه در میان زنان افزایش می‌یابد. جادریسیک و آرایا<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) شیوع افسردگی پس از زایمان را ۳۶/۷ درصد گزارش کرده‌اند. ولی‌اھارا و همکاران (۱۹۸۴) و کاترونا (۱۹۸۳) میزان شیوع نشانگان افسردگی پس از زایمان را ۱۰ درصد تخمین زده‌اند.

### الگوهای نظری افسردگی پس از زایمان

پژوهشگران معاصر برای پاسخگویی به پرسشهای سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان دو الگوی روانی - اجتماعی و هورمونی را مطرح کرده‌اند. این پژوهشگران کوشیده‌اند تا با استناد به این دو الگوی نظری به بررسی علل و عوامل افسردگی پس از زایمان و تدارک روشهای درمانی و پیشگیری متناسب برای آن بپردازند.

#### الگوی روانی - اجتماعی:

پژوهشگران مطرح کننده این الگو به شناسایی برخی از متغیرهای جمعیت نگارانه - اجتماعی (سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، مدت ازدواج و وضعیت اشتغال در دوره آبستنی)، تاریخچه افسردگی (دوره‌های پیشین افسردگی، تاریخچه افسردگی شخص، شدت نشانه‌های افسردگی در دوره آبستنی، و سابقه تشخیص افسردگی در دوره بارداری خوشاوندان درجه یک)، رویدادهای فشارزای روانی زندگی (رویدادهای فشارزای روانی عمومی در دوره آبستنی و رویدادهای فشارزای مربوط به مراقبت از کودک در دوره شیرخوارگی، و عوامل خطر زایمان) و عوامل آسیب‌پذیری شناختی (سبک اسنادی و نگرشهای کنترل شخصی) علاقمند می‌باشند. گرچه برخی از عوامل عمومی سبب‌شناسی در تحول افسردگی پس از زایمان دخالت دارند، ولی پژوهشهای مربوط به این حوزه هماهنگ نیستند. گروهی از پژوهشگران معتقدند که نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنان مبتلا به این نشانگان دارای

<sup>۱</sup> Protheroe

<sup>۲</sup> Jadresic & Araya

مشکلات روانپزشکی پیشین بوده‌اند (بالینگر و همکاران، ۱۹۷۹؛ پیکل و همکاران، ۱۹۸۰). برخی از پژوهشگران نیز به این موضوع معتقد نیستند (کوکس و همکاران، ۱۹۸۲؛ دالتون، ۱۹۷۱). در همین راستا، برخی دیگر بر اهمیت تاریخچه خانوادگی اختلال روانپزشکی در سبب‌شناسی این نشانگان تأکید کرده‌اند. (اش و لاول، ۱۹۷۴؛ اهارا و همکاران، ۱۹۸۴). لیکن پژوهشگران درباره اینکه نشانه‌های افسردگی در دوران آبستنی پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان است (اتکینسون و ریکل، ۱۹۸۴؛ کوکس و همکاران، ۱۹۸۲؛ کوتلیب و همکاران، ۱۹۸۹؛ ساکس و همکاران، ۱۹۸۵) توافق ندارند. سرانجام هر چند پاره‌ای از شواهد نشان می‌دهد که چگونگی کیفیت رابطه زنان با والدینشان یا تاریخچه جدایی اولیه از والدین عامل زمینه‌ساز افسردگی پس از زایمان می‌باشد (فروم و اشیاء، ۱۹۷۳؛ کوتلیب و همکاران، ۱۹۸۸)، ولی این موضوع مورد تأیید واقع نشده است (پیکل و همکاران، ۱۹۸۰).

اهارا و همکاران (۱۹۸۴) متغیرهای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان را با استفاده از مطالعه آینده‌نگر<sup>۱</sup> و معادله رگرسیون چند متغیری مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد به جز متغیر عوامل جمعیت‌نگارانه - اجتماعی، سایر عوامل دارای اهمیت پیش‌بینی‌کننده معناداری بوده‌اند. بر اساس نتایج این مطالعه، سطح افسردگی پس از زایمان نقش عمده‌ای بر عهده دارد. این متغیر ۲۱ درصد، فشار روانی زندگی ۱۹ درصد و عوامل آسیب‌پذیری شناختی ۱۳/۵ درصد تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کند. اهارا و همکاران (۱۹۸۲) در بین کمبودهای کنترل شخصی و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی‌دار بدست نیاوردند. ولی وقتی که رویدادهای زندگی را وارد معادله رگرسیون کردند، نقش کنترل شخصی در این مورد افزایش یافت. به عبارت دیگر، رویدادهای زندگی بر تأثیرات کنترل شخصی اثر می‌گذارند (کوهن و کوهن، ۱۹۷۵). این یافته به این معنا است که شخص به دلیل نگرشهای غیرسودمند

<sup>1</sup> Ballinger et al

<sup>2</sup> Cox et al

<sup>3</sup> Dalton

<sup>4</sup> Asch & lowell

<sup>5</sup> Atkinson & Rickel

<sup>6</sup> Gotlib et al

<sup>7</sup> Saks et al

<sup>8</sup> Fromme & O shea

<sup>9</sup> Prospective

<sup>10</sup> Cohen & Cohen

در کنترل شخصی یا سبک اسنادی غیرسودمند در برابر این افسردگی آسیب‌پذیر نمی‌شود. چنانچه این وضعیت‌ها با رویدادهای فشارزای زندگی ترکیب شود احتمال آسیب‌پذیری او افزایش می‌یابد. معنای دیگر آن است که سطوح خیلی بالای رویدادهای فشارزای زندگی بدون وجود کژکاری اسنادی یا کنترل شخصی برای بروز افسردگی پس از زایمان کافی هستند.

مفهوم فشار روانی - آسیب‌پذیری<sup>۱</sup> در اغلب الگوهای نظری روانشناختی معاصر افسردگی، توجه خاصی را به خود جلب کرده است (آبرامسون، سلیگمن و تیسدال، ۱۹۸۷؛ براون، ۱۹۷۹؛ لویسنون و دیگران، ۱۹۷۹؛ پیکل، ۱۹۷۹؛ ریهم، ۱۹۷۷). این مفهوم دو نوع ویژه دارد که یکی آسیب‌پذیری شناختی و دیگری تاریخچه افسردگی است. فرض آسیب‌پذیری شناختی بر این است که بعضی از انسانها یاد گرفته‌اند به گونه‌ای رویدادها یا موقعیتها را درک، تفسیر یا ارزیابی کنند که به انکار رویدادهای منفی یا فشارزای روانی منجر شود. اما در حقیقت، این طرز برخورد احتمال افسردگی را افزایش می‌دهد.

در همین راستا، آبرامسون و همکارانش (۱۹۸۷) نقش اسنادهای کلی غیرسودمند را در سبب‌شناسی افسردگی مورد تأکید قرار داده‌اند. به عقیده آنان، اسنادهای درونی، ثابت و کلی درباره علل رویدادهای منفی به احساس گناه (خود سرزنشی)، ناامیدی، ملامت و انفعال منجر می‌شوند که همگی نشانه‌های اصلی افسردگی هستند. براساس الگوی کنترل شخصی (ریهم، ۱۹۷۷، ۱۹۸۲)، اسنادهای نادرست موجب رهنمون شدن فرد در جهت سطوح بالای احساس گناه و خودسرنشی و کاهش میزان رفتارهایی از قبیل اظهارات شخصی مثبت می‌گردد. در فراسوی نقش اسنادهای نادرست، براساس این الگو افراد مستعد افسردگی به طور انتخابی به پیامدهای منفی، مجموعه استانداردهای سخت و دشوار برای ارزیابی عملکرد شخصی و خود سرزنشی گرایش مفرط دارند. مطالعات دیگر درباره نقش سبک اسنادی نشان می‌دهد که این شیوه بخش زیادی از تغییرات شدت نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان و همین طور افسردگی پیش از تولد را تبیین می‌کند (کاترونا، ۱۹۸۳).

<sup>1</sup> Diathesis - stress

<sup>2</sup> Abramson, Seligman & Teasdale

<sup>3</sup> Brawn

<sup>4</sup> Lewinson et al

<sup>5</sup> Rehm



اهارا و همکاران (۱۹۹۰) پنج مجموعه از متغیرهای روانی - اجتماعی را برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان وارد معادله رگرسیون چند متغیری کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که بین افسردگی پس از زایمان و تاریخچه آسیب‌پذیری افسردگی، فشار زندگی و نیز بین مجموعه عوامل پیش‌بینی کننده آسیب‌پذیری با مجموعه عوامل پیش‌بینی کننده فشار روانی زندگی و افسردگی پس از زایمان تعامل معنی‌دار وجود دارد، این یافته با یافته‌های پیشین (اهارا و همکاران، ۱۹۸۲) هماهنگ است. براساس این پژوهش افسردگی دوره بارداری با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان قویترین ارتباط را داشته است. این یافته با مطالعه اخیر اهارا و همکاران (۱۹۸۴) ناهمخوان است. همچنین تعداد دفعات افسردگی‌های پیشین با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان رابطه معنی‌داری داشته‌اند. همین‌طور رویدادهای فشارزای زندگی پس از زایمان و تعداد فشارزاهای روانی مربوط به مراقبت کودک نیز دارای نقش معنی‌داری بوده‌اند. طبق نتایج این مطالعه تاریخچه آسیب‌پذیری افسردگی ۱۹ درصد، فشار روانی زندگی ۸ درصد و ترکیب آسیب‌پذیری و فشار روانی زندگی ۱۷ درصد، تغییرات نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کنند.

گوتلیب، ویفن و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) نیز در پیش‌بینی متغیرهای روانی - اجتماعی با اهمیت در افسردگی پس از زایمان، با استفاده از معادله رگرسیون چند متغیری به این نتایج دست یافتند: ۱- زنانی که پس از زایمان به عنوان افسرده تشخیص داده شدند در دوره آبستنی دارای سطوح بالاتری از نشانه‌شناسی افسردگی بودند. ۲- این زنان رضایت زناشویی پایین و فشار روانی بالاتری را گزارش کرده‌اند. ۳- بیشتر از راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب استفاده می‌کردند. ۴- درباره مراقبتی که از والدینشان دریافت کرده بودن ادراک منفی‌تری داشتند. نتایج این مطالعه با یافته‌های پیشین (بنجامین سن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۱؛ میچل، کرونکیت و موس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳، پارکر<sup>۴</sup>، ۱۹۷۹) هماهنگ است. در همین راستا، پژوهش نشان داده است که زنانی که افسردگی پس از زایمان

<sup>1</sup> Child care

<sup>2</sup> Gotlib, Whiffen et al

<sup>3</sup> Escape - Avoidance

<sup>4</sup> Benjaminsen

<sup>5</sup> Michell, Cronkite & Moos

<sup>6</sup> Parker

دارند دارای اختلاف زناشویی هستند و از حمایت همسرشان برخوردار نیستند. (بالینگر و همکاران، ۱۹۷۹؛ براورمن و راکس، ۱۹۷۸؛ کامار و رابسون، ۱۹۸۴؛ اهارا، ۱۹۸۶؛ ویفن، ۱۹۸۸). نوع دیگر آسیب‌پذیری که در پژوهش‌های افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گرفته است، تاریخچه خانوادگی افسردگی است. شگفت‌انگیز نیست که افراد دارای سابقه افسردگی پس از یک رویداد فشارزا به احتمال زیاد افسرده شوند؛ فشار روانی در دوره بارداری به گونه‌های مختلفی رخ می‌دهد. همه زنان فشار روانی زایمان را تجربه می‌کنند. عوامل خطرزای زایمان نیز بسیار فشارآور هستند و ممکن است بر حالت هیجانی زنان در قبل و بعد از زایمان تأثیر بسیاری داشته باشد. افزون بر این، برخی از رویدادهای فشارزای زندگی در ارتباط با مراقبت از کودک در ماههای نخست پس از زایمان هستند. در همین راستا، شواهد استو و نیومروف<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) نشان می‌دهند که در زمان تولد نوزاد، آمادگی مادران برای مبتلا شدن به اختلالات خلقی افزایش می‌یابد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۱۰ درصد از مادران جوان در اولین سال پس از زایمان افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. آگاریزا<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) در یک مطالعه نشان داد ۸ درصد زنان پس از زایمان نشانه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی افسردگی را گزارش کردند. پپ و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) به بررسی میزان افسردگی زنان باردار که در خانه یا بیمارستان وضع حمل کرده‌اند پرداخته‌اند. یافته‌های آنان نشان داد که بین این دو گروه از لحاظ میزان افسردگی تفاوتی وجود ندارد.

مرکانت و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) تأثیر پیش‌بینی‌کننده دو عامل روانی - اجتماعی (سازگاری زناشویی و فشار روانی مراقبت از کودک) را در نشانه‌های افسردگی مادران در ۶، ۹ و ۱۲ ماه پس از زایمان بررسی کرده‌اند. تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که تعامل سازگاری زناشویی و فشار روانی مراقبت از کودک علایم افسردگی مادر را در ۹ ماه پس از زایمان به طور معنی‌داری تحت تأثیر قرار می‌دهد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پیشگیری از افسردگی پس از زایمان بایستی در فواصل طولانی مورد توجه پژوهشگران آتی قرار بگیرد. بل و دیگران<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) نیز گزارش داده‌اند که تاریخچه روانپزشکی قبلی به عنوان شاخص مهمی

<sup>1</sup> Braverman & Roux

<sup>2</sup> Stowe & nemeroff

<sup>3</sup> Ugarriza

<sup>4</sup> Pop et al

<sup>5</sup> Merchant etal

<sup>6</sup> Bell, etal

برای تشخیص افسردگی پس از زایمان است. جادریسیک و دیگران (۱۹۹۵) نشان داده‌اند بین افسردگی پس از زایمان و وضعیت اجتماعی - اقتصادی مادران شهر سانتیاگو رابطه معکوس وجود دارد. همچنین نشان داده‌اند احتمال افسردگی پس از زایمان در زنان بیوه، مطلقه و تازه ازدواج کرده بیشتر است. کمپیل و کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که پس از گذشت دو ماه از زایمان، در ۹ درصد مادران نشانگان پس از زایمان تشخیص داده شد. این یافته مشابه نتایج مطالعات افسردگی پس از زایمان در زنان کشورهای آمریکا، کانادا و انگلیس است (کوپر و دیگران، ۱۹۸۸؛ گوتلیب و دیگران، ۱۹۸۹؛ اهارا و همکاران، ۱۹۹۰).

ویفن (۱۹۹۸) معتقد است فشار روانی زندگی در دوران آستانه در نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان نقش معنی‌داری دارد و ۵ درصد تغییرات علائم افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کند. در مجموع مطالعات نشان می‌دهند متغیرهای قبل از زایمان از قبیل افسردگی، سازگاری زناشویی، فشار روانی زندگی و انتظارات مربوط به نوزاد، ۲۲ درصد واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کنند.

بل، لندر و دیگران (۱۹۹۴) در یک مطالعه بین دو گروه از زنان فاقد تاریخچه قبلی روانپزشکی و زنان دارای اختلال قبلی دریافتند که سابقه روانپزشکی گذشته به عنوان یک شاخص خیلی مهم در بیماریهای پس از زایمان دارای اهمیت است.

در واقع، عاملی که به نظر می‌رسد با افسردگی پس از زایمان در ارتباط باشد حمایت اجتماعی است. گرچه تعدادی از مطالعات به جز شوهر، فقدان حمایتی افراد با اهمیت دیگر را نیز در شروع افسردگی پس از زایمان گوشزد می‌کنند (کاترونا، ۱۹۸۴، اهارا، ۱۹۸۶)، ولی نتایج اکثر پژوهشها ناسازگاری زوجین و فقدان حمایت همسر را مورد تأکید قرار می‌دهند (بالینگر و دیگران، ۱۹۷۹، کوکس و دیگران، ۱۹۸۲، کامار و رابسون، ۱۹۸۴، اهارا، ریهم و کمپیل، ۱۹۸۳، ویفن، ۱۹۸۹). پیت<sup>۲</sup> (۱۹۶۸) نیز گزارش داده است که ۲۵ درصد زنان افسرده پس از زایمان نسبت به شوهرشان احساسهای منفی دارند و او را به عنوان یک فرد بی‌توجه و ناهمدل می‌دانند. براورمن و راکس (۱۹۷۸) و کامار و رابسون<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) نشان داده‌اند که در زنان دارای

<sup>1</sup> Compbell & cohn

<sup>2</sup> Cooper et al

<sup>3</sup> O hara, Rehm & Campbell

<sup>4</sup> Pitt

<sup>5</sup> Kumar & Robson

افسردگی پس از زایمان، نقش ازدواج بیشتر است و احساسات فقدان عشق و محبت شوهر پایدارتر می‌باشد. در مجموع این نتایج نشان می‌دهد که حمایت همسر نقش مهمی در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در زنان دارد (بیکل و دیگران، ۱۹۸۰). بک<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) برای تعیین دامنه تأثیر افسردگی پس از زایمان در تعامل نوزاد - مادر در سال اول بعد از زایمان با استفاده از روش فرا - تحلیل نشان داد که تعاملهای افسردگی پس از زایمان بر روی نوزاد - مادر تأثیر متوسط یا زیاد دارد.

### الگوی هورمونی:

اعتقاد الگوی هورمونی بر این است که محیط هورمونی زنان در زمان به دنیا آمدن نوزاد دستخوش تغییر می‌شود (جورج و ساندلر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). بطور کلی، زنان بعد از زایمان یک دوره ناپایدار هیجانی را تجربه می‌کنند که فرض می‌شود به دلیل تغییرات هورمونی است (پالوم، لاندی، موس و دیگران، ۱۹۶۸). چون در پایان دوران بارداری سطح هورمونهای مانند استروژن<sup>۳</sup>، پروژسترون<sup>۴</sup> و پرولاکتین<sup>۵</sup> افزایش و پس از زایمان کاهش می‌یابند، دیدگاه آن است که تأثیرات هورمونی در اختلالات خلقی پس از زایمان کاهش می‌یابند.

دیدگاه دیگر این است که تأثیرات هورمونی در اختلالات خلقی پس از زایمان، شباهت بسیار زیادی با وضعیت افرادی دارد که بعداً<sup>۶</sup> به اختلالات خلقی مبتلا می‌شوند (اهارا و زیگوسکی، ۱۹۸۸). در این نظریه هورمون ویژه مورد توجه کورتیزول<sup>۷</sup> و ناقلین عصبی مانند نورآدرنالین است (گارد، هندلی، پارسونز و دیگران<sup>۷</sup>، ۱۹۸۶، هندلی و دیگران، ۱۹۸۰). همچنین در توصیف نقش هورمون پرولاکتین در سبب‌شناسی افسردگی پس از قاعدگی، کارول و استیز (۱۹۷۸) (به نقل از اهارا و همکاران، ۱۹۹۰) فرض کرده‌اند که سطوح بالای هورمون پرولاکتین و سطوح پایین هورمون پروژسترون و استروژن با افزایش احتمال افسردگی پس از زایمان در ارتباط می‌باشند. هر چند شواهد مربوط به نقش هر یک از این هورمونها در اختلالات خلقی پس از زایمان (مانند غم و غصه و روان‌پریشی پس از زایمان) در هم آمیخته می‌باشد. اکثر

<sup>1</sup> Beek

<sup>2</sup> George & sandler

<sup>3</sup> Estrogen

<sup>4</sup> Progesterone

<sup>5</sup> Prolactin

<sup>6</sup> Cortisol

<sup>7</sup> Gard, Handly and Parsons et al

مطالعات این حیظه به بررسی نمونه‌های کوچک محدود شده‌اند و تنها در دو مطالعه (هریس و همکاران، ۱۹۸۹؛ کایوی و همکاران، ۱۹۸۳) هورمونهای پروژسترون، استروژن و پرولاکتین به طور همزمان مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (جورج و ساندلر، ۱۹۸۸). هاندلی و همکاران (۱۹۹۰) مشاهده کرده‌اند با افزایش سطح کورتیزول از هفته ۳۸ آبستنی، زنان دوره‌های شدیدتری از غم و غصه پس از زایمان را تجربه می‌کنند.

برخی از پژوهشگران ادعا کرده‌اند که تزریق هورمون پروژسترون پس از تولد نوزاد در کاهش احتمال اختلال خلقی پس از زایمان موفقیت‌آمیز بوده است (باور و همکاران، ۱۹۵۶)، دالتون ۱۹۸۰؛ سولتا و تیلور، ۱۹۸۲). ولی نکته ضعف این مطالعات عدم کنترل علمی بوده است بطوری که مطالعات دیگر هیچ شواهدی را درباره کاهش پروژسترون بعد از تولد در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان نشان نداده‌اند. (بالینگر، کی، نایلور و اسمیت، ۱۹۸۲، فیکسی، هریس و همکاران، ۱۹۸۴؛ گارد و همکاران، ۱۹۸۶).

در یک مطالعه سطوح پایین پروژسترون مرتبط با خلق افسرده در زنان شیرده در حدود ۸ هفته پس از زایمان، گزارش شده است (هریس و همکاران، ۱۹۸۹). در مقابل، گارد و همکاران (۱۹۸۶) و نوت و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) رابطه نسبی سطوح بالاتر هورمونهای استرادیل و استریول با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان و وضعیت تشخیص افسردگی را گزارش داده‌اند. کایوی و همکاران (۱۹۹۰) چنین رابطه‌ای را تأیید کرده‌اند. جورج، کوپلند و ویلسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) مشاهده کرده‌اند سطح پایه روزانه هورمون پرولاکتین در پلاسما با میزان روزانه خلق ملالت‌آمیز در ۲، ۴ و ۶ روز پس از زایمان رابطه مثبتی دارد. هریس و همکاران (۱۹۸۹) گزارش داده‌اند سطح پایین هورمون پرولاکتین با سطح بالاتر افسردگی در زنان شیرده در ۸ هفته پس از زایمان

<sup>1</sup> Harris et al

<sup>2</sup> Kuevi

<sup>3</sup> Bower et al

<sup>4</sup> Solthau & Taylor

<sup>5</sup> Ballinger, Kay, Naylor & Smith

<sup>6</sup> Feksi, Harris et al

<sup>7</sup> Nott et al

<sup>8</sup> Estradiol

<sup>9</sup> Estriol

<sup>10</sup> George, Copeland & Wilson

مرتبط است. اهارا و همکاران (۱۹۹۰) و نوت و همکاران (۱۹۷۶) به چنین رابطه‌ای دست نیافته‌اند.

از سوی دیگر، پژوهشگران نتوانسته‌اند با کمک کورتیزول ادرار میزانهای وقفه و عدم وقفه سطح کورتیزول زنان افسرده پس از زایمان را از زنان غیر افسرده متمایز کنند. افزون بر این، با استفاده از آزمون وقفه دگزامتازون<sup>۱</sup> نتوانسته‌اند زنان افسرده پس از زایمان و زنان غیر افسرده را متمایز سازند. این یافته‌ها با مطالعات اولیه که در پیدا کردن رابطه مثبت بین سطح کورتیزول و اختلال خلقی پس از زایمان ناتوان بوده‌اند، بطور نسبی هماهنگ می‌باشند (هندلی، دان، بیکر و همکاران<sup>۲</sup> ۱۹۷۷؛ هندلی و همکاران، ۱۹۸۰؛ کیوی و همکاران، ۱۹۸۳). اشار، کاپلان و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) در یک مطالعه تغییرات خلقی و هورمونی را در دوران بارداری بررسی کرده‌اند. نتایج آنها نشان داد بین افزایش سطح پلاسمایی هورمون پرولاکتین و نمره‌های مقیاس اضطراب هامیلتون رابطه منفی وجود دارد. این موضوع نشان می‌دهد سطح بالای پلاسمایی هورمون پرولاکتین با تولید شیر مادران رابطه دارد، و ممکن است به سطح اضطراب پایین‌تر در دوره شیردهی زنان منجر شود. شیکل، کوهن و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) هفت زن دارای تاریخچه‌های روان‌پریشی و چهار زن دارای تاریخچه افسردگی اساسی را بلافاصله پس از زایمان بطور متوالی با مقدار بالای استروژن خوراکی مورد درمان قرار داده‌اند، به اعتقاد آنها نقش پیش‌گیری کننده استروژن خوراکی، اثر بالقوه ناقص عصبی دوپامینرژیک و سرتونینرژیک را در افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد این عامل در روان‌پریشی عاطفی و شروع اولیه افسردگی اساسی پس از زایمان نقش با اهمیتی دارد. چانگ و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای تأثیر سطح سرمی هورمونهای  $\beta$ -HCG و استرادیل و استروژن را در ۲۰ نفر از زنان مبتلا به نشانگان افسردگی پس از زایمان و ۲۰ نفر از زنان فاقد افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج آنها نشان می‌دهد که سطح سرمی پروژسترون و  $\beta$ -HCG در افراد مبتلا به نشانگان افسردگی پس از زایمان (در هفته ۳۶ و ۳۷ آبستنی) به طور معنی‌داری بالاتر است. اما بین سطح سرمی  $\beta$ -HCG و پروژسترون دو گروه مبتلا به نشانگان افسردگی پس از زایمان و

<sup>۱</sup> *Dexamethasone - suppression*

<sup>۲</sup> *Handley, Dunn, Baker et al*

<sup>۳</sup> *Ascher, Kaplan et al*

<sup>۴</sup> *Sichel, Cohen et al*

<sup>۵</sup> *Chang et al*

افراد شاهد پس از تولد تفاوتی دیده نشده است. این مطالعه نشان می‌دهد هورمونهای  $\beta$ -HCG و پروژسترون در افراد مبتلا به نشانگان افسردگی پس از زایمان در مقایسه با افراد گروه شاهد سریعتر کاهش می‌یابد. همچنین بین سطح سرمی استرادیل این دو گروه در قبل و بعد از زایمان تفاوتی مشاهده نشد. در نهایت، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد هر چه عوامل درون‌زاد بعد از زایمان سرعت کاهش این دو هورمون (پروژسترون و  $\beta$ -HCG) را افزایش دهند، احتمال افسردگی پس از زایمان بیشتر می‌شود.

در رابطه با الگوی نظری هورمونی در پیدایش افسردگی پس از زایمان خاطر نشان می‌کنیم که متغیرهای زیستی مختلفی از این لحاظ مورد بررسی قرار گرفته‌اند. بطوری که اندروژنها، بتا اندروفینها، وازوپرسین، اکسی‌توسین، هورمون رشد، نورآدرنالین، تیرامین و ویتامین B6 از آن جمله هستند (جورج و ساندلر، ۱۹۸۸). متأسفانه، دریافته‌های مطالعات هورمونی افسردگی پس از زایمان هماهنگی و همخوانی اندکی وجود دارد. جورج و ساندلر (۱۹۸۸) در یک مطالعه به بررسی و تبیین ناهماهنگی این یافته‌ها پرداخته‌اند، آنها در این مطالعه تفاوت‌های روش‌شناختی ناشی از نحوه ارزیابی، نمونه‌گیری و نمونه‌برداری و زمان خون‌گیری را مسئول ناهماهنگی نتایج بدست آمده دانسته‌اند.

### مقیاسهای سنجش افسردگی پس از زایمان

به نظر می‌رسد یکی از عوامل اصلی ناهماهنگی شواهد پژوهشی مربوط به سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان و میزان آن، نحوه ارزیابی و سنجش این مقوله است. بنابراین، با توجه به پویایی پژوهشگران جوان برای بررسی این پدیده در جامعه ایرانی به معرفی برخی از مقیاسهای رایج برای سنجش این مقوله می‌پردازیم. بدیهی است که پژوهشگران کشورمان می‌بایستی قبل از بکارگیری این مقیاسها به هنجاریابی، اعتبار و روایی آنها اهتمام ورزند.

#### ۱- سیاهه افسردگی پس از زایمان (PDC):

این سیاهه توسط بک (۱۹۹۵) ساخته شده است. PDC ساده است، این سیاهه به زن امکان می‌دهد تا در یک گفتگوی فعالانه درباره تجاربش در مورد یازده نشانه افسردگی پس از زایمان به اظهار نظر پردازد.

#### ۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI):

این پرسشنامه در ابتدا توسط بک، وارد و همکاران (۱۹۶۱)، برای اندازه‌گیری سبب‌شناسی افسردگی در دوران آبستنی و پس از زایمان، مورد استفاده قرار گرفته است. BDI بطور مرتب در پژوهشهای افسردگی (ریهم، ۱۹۸۸) و افسردگی پس از زایمان استفاده شده است (کاترونا، ۱۹۸۳، اهارا و همکاران، ۱۹۸۴). این پرسشنامه حیطه‌های زیر را مورد بررسی قرار می‌دهد: افکار خودکشی، کندی حرکتی، فقدان علائق جنسی، اختلال اشتها و نظیر آن.

### ۳- مقیاس سازگاری زوجی (DYAS):

این مقیاس توسط اسپانیر<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) برای ارزیابی کیفیت روابط زناشویی زنان و همسرانشان ساخته شده است. از این مقیاس به طور مرتب برای اندازه‌گیری سازگاری زناشویی استفاده می‌شود (جکوبسون و موری<sup>۲</sup>، ۱۹۸۱؛ جوسون و کرینبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵).

### ۴- آزمون سازگاری زناشویی (MAT):

این آزمون توسط لوکی و والاس<sup>۴</sup> (۱۹۵۹) ساخته شده است. MAT رضایت زناشویی را در چهار جنبه از لحاظ میزان توافق در موضوعاتی از قبیل «دارایی و اموال»، «فعالیت دو جانبه و تصمیم‌گیری»، «احساسات مرسوم در مورد تصمیم‌گیری برای ازدواج» و «رضایت کلی» مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد.

### ۵- فرم کوتاه برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS):

این مقیاس یک مصاحبه نیمه سازمان یافته است که توسط ایندیکوت و اسپیتزر<sup>۵</sup> (۱۹۷۸) برای ارزیابی سبب‌شناسی افسردگی در دوران آبستنی و پس از زایمان تهیه شده است. SADS هشت مقوله: اختلال اشتها، فقدان خواب، خستگی، فقدان علاقه به نوزادن، احساس گناه، اختلال تمرکز، عقاید خودکشی و اختلال حرکتی را اندازه‌گیری می‌کند.

### ۶- پرسشنامه سبک استادی (ASQ):

<sup>1</sup> Dyadic Adjustment Test

<sup>2</sup> Spanier

<sup>3</sup> Jacobson & moor

<sup>4</sup> Johnson & Greenberg

<sup>5</sup> Marital Adjustement Test

<sup>6</sup> Locke & Wallace

<sup>7</sup> Endicott & spitzer

<sup>8</sup> Attributional Style Inventory



این پرسشنامه توسط پیترسون و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری ساختارهای اسنادی مرتبط با الگوی جدید ناتوانی آموخته شده (آبرامسون، سلیگمن و تیسدال، ۱۹۷۸) طراحی شده است. بر اساس شواهد پژوهشی موجود، سبک اسنادی بخش مهمی از سطح افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کند (کاترونا، ۱۹۸۳؛ اهارا و همکاران، ۱۹۸۲).

#### ۷- پرسشنامه فشار روانی مراقبت از کودک<sup>۲</sup> (CSI):

این پرسشنامه توسط کاترونا (۱۹۸۳) ساخته شده است و شاخص رویدادهای فشارزای روانی پس از زایمان در خصوص مراقبت از کودک می‌باشد. پژوهش نشان می‌دهد عوامل فشارزای روانی مورد مشاهده در CSI با سطح نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان مرتبط می‌باشند (کاترونا و همکاران، ۱۹۸۴).

#### پیشگیری و درمان

به اعتقاد برخی از پژوهشگران علی‌رغم شیوع بالای اختلالات افسردگی پس از زایمان، بسیاری از علائم و نشانه‌های این اختلالات ناشی تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با تولد نوزاد هستند. لیکن شواهد نشان می‌دهد تأثیر منفی این اختلالات فقط به مادر و نوزاد مربوط نمی‌شود، چون برخی از این اختلالات دارای تأثیر کارکردی شدیدی هستند و واکنش چنین زنانی را نسبت به دریافت حمایت اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهند. به همین دلیل عقیده بر این است که اولین خط درمان این اختلالات روان‌درمانی<sup>۳</sup> است (سوسمن، ۱۹۹۶).

یک دیدگاه معتقد است که درمان اختلالات روان‌شناختی و افسردگی پس از زایمان می‌بایستی بر اساس متغیرهای مؤثر در بروز این اختلالات استوار باشند. همانگونه که پیش‌تر اشاره کردیم این متغیرها عبارتند از: (۱) متغیرهای جمعیت - نگارانه، (۲) تاریخچه افسردگی، (۳) رویدادهای فشارزای روانی زندگی و (۴) عوامل آسیب‌پذیری شناختی.

بنابر این دیدگاه، هر گونه روان‌درمانی کارآمد در اختلالات افسردگی پس از زایمان، بایستی متغیرهای مربوط به هر کدام از این ابعاد چهارگانه را مورد توجه قرار بدهد. برای نمونه، بوسیت و بارنت<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) معتقدند، آن دسته از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان که در

<sup>۱</sup> Peterson et al

<sup>۲</sup> Childcare Stress Inventory

<sup>۳</sup> Psychotherapy

<sup>۴</sup> Susman

<sup>۵</sup> Buist & Barnett

کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند با ویژگیهای عزت نفس پایین، اضطراب و روابط ضعیف با مادر و همسرشان متمایز می‌شوند. چون مادر شدن در این زنان نشانه‌های رویدادهای منفی دوره کودکی را فراخوان می‌کند، به همین دلیل موجب ایجاد افسردگی در آنان می‌شود. به اعتقاد آنان یکی از دلایل ناکارآمدی درمانهای مرسوم در درمان اختلالات افسردگی پس از زایمان عدم توجه به این قبیل موضوعات می‌باشد. به نظر می‌رسد در مواردی که حاملگی زایمان و شرایط حاکم بر آنها بطور غیرمستقیم و ناخودآگاه موجب فراخوان رویدادهای رنج‌زای گذشته می‌شوند، بهترین رویکرد درمانی استفاده از دیدگاه‌های شناختی و تحلیلی روانکاو می‌باشد. چون در این موارد می‌توان با رویکرد شناختی طرحواره‌های خودجوش اصلی را که خارج از میدان هشیاری است با فن پیشروی گام به گام مورد بررسی قرار داد و تأثیرات عاطفی شرطی شده آن را خنثی کرد.

در مرحله بعد، می‌توان با رویکرد روان‌شناسی تحلیلی و روانکاو باز هیجانی وابسته به رویدادهای رنج‌زا را تخلیه کرد و تأثیر خودکار آنها را در ایجاد این قبیل علائم کاهش داد. هر چند که این دو رویکرد فنون متفاوتی دارند ولی وجه اشتراک آنها آگاه کردن بیمار از علل بنیادی شرایط کنونی خودش می‌باشد. بدیهی است که در شرایط بالینی، بایستی این دو رویکرد را با توجه به نوع اختلال، مدت اختلال، سابقه پیشین بیمار، سطح توانمندی «من» و ساز و کارهای دفاعی او بکار گرفت. افزون بر این، می‌توان این رویکردها را بطور انفرادی یا گروهی مورد استفاده قرار داد.

در همین راستا، فیرچیلد<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) به بررسی ساختار و فواید گروه‌درمانی برای زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان پرداخته است. به نظر وی شرکت در این گروه‌ها بایستی آزادانه و تعداد افراد گروه بین ۸ - ۲ نفر باشد، همچنین گروه بایستی با فنون حمایتی فرایند درمان را آغاز کند. به عقیده وی نقش گروه‌درمانی در این اختلالات: کاستن انزوای طلبی، ارائه اطلاعات روزانه درباره عوارض روان‌شناختی زایمان، تقویت عزت نفس و خود مراقبت‌گری و ارائه فرصتها و تدابیر حمایتی از مراجعان می‌باشد.

بعلاوه، همانگونه که پیش از این اشاره کردیم، عوامل شناختی به روشهای مختلفی با اطلاعات روان‌شناختی پس از زایمان مرتبط می‌باشند. ویتون، آپلسی و وارنر<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) معتقدند

<sup>۱</sup> Ego Strength

<sup>۲</sup> Fair child

<sup>۳</sup> Whitton, Appleby & Warner

که دو جنبه از شناخت در تشخیص و درمان افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد. نخست این که تفاوت‌های زنان در افسردگی پس از زایمان ممکن است ناشی از سبک شناختی آنان باشد. دوم آن که ادراک این زنان از نشانه‌های سایرین و ضرورت جستجو یا پذیرش درمان بر کارآمدی مداخله‌های درمانی در آنها تأثیر دارد. بنابراین بایستی این دو متغیر در شرایط درمان فردی و گروهی این اختلالات مورد توجه قرار گیرند.

آن چه تا کنون در درمان افسردگی پس از زایمان مطرح کردیم، بر اساس دیدگاه درمان‌های روان‌شناختی استوار است. لیکن دیدگاه دیگری نیز در این زمینه وجود دارد که به دیدگاه درمان‌زیستی موسوم است. در این دیدگاه درمان افسردگی پس از زایمان یا با توجه به درمان‌های مرسوم افسردگی و یا درمان‌های هورمونی، انجام می‌گیرد. برای نمونه، هریس، لوت، اسمیت و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) به رابطه افسردگی پس از زایمان و تغییرات سطح کورتیزول و پروژسترون اشاره کرده‌اند، نتایج مطالعه آنها نشان می‌دهد که افزایش پروژسترون پس از زایمان راهبرد درمانی مناسب برای افسردگی پس از زایمان نیست. در مقابل، سیچل، کوهن، رابرتسون و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) برای درمان افسردگی پس از زایمان از روش تجویز استروژن خوراکی استفاده کرده‌اند. به عقیده آنان استفاده از این روش موجب جلوگیری از بازگشت اختلال نیز می‌شود. آنها این یافته را با استفاده از تأثیر احتمالی استروژن در ناقلین روانگردان دوپامینرژیک و سرتونینرژیک تبیین کرده‌اند و معتقدند درمان افسردگی پس از زایمان نیازی به تجویز داروهای روانگردان ندارد. هاریس (۱۹۹۶) نیز در یک مطالعه بر جنبه‌های هورمونی در درمان افسردگی پس از زایمان تأکید کرده است، وی برای درمان این اختلال، درمان هورمونی با هورمون‌های تیروئید، پروژسترون، کورتیزول و استروژن را مطرح کرده است. بنابراین، در مجموع یافته‌های دیدگاه درمان‌زیستی عوارض افسردگی پس از زایمان اغلب از درمان‌های زیستی غیر روانپزشکی (پروژسترون) حمایت می‌کنند و شواهد جاری چندانی در مورد کارآمدی داروهای ضد افسردگی و روانگردان برای درمان این طیف از اختلالات وجود ندارد. سرانجام، پایان بخش این قسمت توجه به پیشگیری از بروز اختلالات افسردگی پس از زایمان می‌باشد. بدیهی است که نخستین راهکار آموزشی زنان باردار و مادران بوسيله مربیان بهداشت می‌باشد. بطوری که تأثیر این آموزش و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در

<sup>۱</sup> Harris, Lovett, Smith et al

<sup>۲</sup> Sichel, Cohen, Rebertson et al

مطالعه هولدن<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) ثابت شده است. بنابراین آموزش مادران و زنان باردار بایستی در سرفه برنامه‌های آموزش و تنظیم خانواده درمانگاه‌های عمومی قرار گیرد. همچنین لازم است که این برنامه در بخشهای زنان و زایمان مورد توجه جدی واقع شود.

افزون بر این، در چنین برنامه‌هایی بایستی عوارض افسردگی پس از زایمان در سایر اعضای خانواده از جمله فرزندان و شوهر مورد توجه قرار بگیرد. به عقیده بالارد و دیویز<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) بهترین راهکار در زمینه پیشگیری از عوارض افسردگی پس از زایمان، استفاده از پرستاران و مددکاران و کارشناسان روان‌شناسی بالینی است که بایستی در این زمینه آموزش و کارورزی حرفه‌ای مناسب را کسب کرده باشند.

#### REFERENCES:

- Abramson, L.Y, Seligmen, M.E.P, & Teasdale, J.D.(1978). Learned helplessness in humans; Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87,49-74. American psychiatric Association (1980).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, Dc. Author.
- Asch,s.&Lowell, R(1974). Postpartum reaction: Some unrecognized Variations. *American Journal of psychiatry*, 131,870-874.
- Asher, I, Kaplan,B, modai, I, Neri, Ao Valevski, A, Weizman, A(1995). Mood and hormonal changes during late pregnancy and puerperium. *Clin-Exp-Obstet-Gynecol*. 22(4):321-5.
- Atkinson, A.K. & Rickel, A.U (1984). Depression in woman: the postpartum exprience. In A.U, Rikek.M, Gerrad, & I.Iscoe (Eds.), social and psychological problems of woman: prevention and crisis intervention (pp.197-218). Washangton, Dc:hemisphere.
- Ballard, C.Davies, R.(1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of psychiatry*. Mar vol 8(1),65-71.
- Ballinger, B.Buckley.D.E.Noylor, G. & stansfield, D,A(1979). Emotioanal disturbance following childhood: clinical findings and Urinary excretion of cyclic. *Am.psychological Medicine*, 9,293-300.
- Ballinger,C.B, kay, D.S.G, Naylor, G.J. & smith, A,H,W (1982). Some biochemical findings during pregnancy and after delivery in relation to mood change. *Psychological medicine*. 12,549-556.
- Barth, R.P, Schinke .S.D. & Maxwell, J,c(1983). Psychological correlates of teenage motherhood. *Journal of Youth and Adolescence*. 122,471-487.
- Beck, A.T, Wardic, H.Mendelson, M,Moc, J, & Erbaugh,J(1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General psychiatry*, 4,561-569.
- Beck, A.T. (1993). The effects of Postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs-Res*.44(5),298-304.
- Bell, A.J, land, N.M, Milnc, S, Hassauyeh, F(1994). Long-term outcome of post-partum psychiatric illness requiring admission. *Affect-Disord*. 31(1):6-7-70.
- Benjaminsen, S.(1981).primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression. *Journal of Affective disorder*,3,245-259.
- Billing, A.G. & Moos, R.H.(1985).Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: A social enviromental perspective. *Jab-chipsy*,11,463-486.
- Billing, A.G. & moos, R.H.(1986). Children of parents with unipolar depression: A controlled one year follow-up.J.Ab. chi-psy.14,149-166.
- Bower, W.H, &Altschubue, M.D.(1956).Use of progesterone in the treatment of postpartum psychosis. *New England Journal of Medicine* 254,157-152.
- Brockington, I.F.cernik, K.F, schofield, E.M, Downing, A.R, Francis, A.F. & keelan, C.(1981). Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*: 38,829-833.

<sup>1</sup> Holden

<sup>2</sup> Ballar & Davies

- Brockington, I.F. & Kummar, R. (Eds.) (1982). *Motherhood and mental illness*. New York: Grune & Stratton.
- Brown, G.W. (1979). The social etiology of depression. London Studies. In R. Depue (Ed.), *The psychobiology of the depression disorders* (pp. 263-290). New York: Academic Press.
- Brown, H. Adams & Kellam S (1981). A longitudinal study of teenage motherhood and symptoms of distress: woodiawn community epidemiological project. *Research in Community and Mental Health*, 2, 183-213.
- Braverman J & Roux J.F. (1978). Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 52, 731-736.
- Buist, Anne, Barnet. (1995). Childhood sexual abuse: A risk factor for postpartum depression? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; bce vol 29(4)604-608.
- Chang. Zhang, y. Cui. J. (1995). Impact of placental hormone withdrawal on postpartum depression. *Chung-Hua-Fu-chan-tsa-chih*. 30(6). 342-4.
- Campbell, S.B. & Cohen, J.F. (1991). Prevalence and correlates of post partum depression in first - Time Mothers. *Journal of Abnormal Psychology*. vo/10/No 4, - 594-599.
- Cooper, P.J, Campbell, E.A, Day, A. Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non- psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course, and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152-799-806.
- Cohen, J. & Cohen, P. (1975). *Applied Multiple regression/correlation analysis for the behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- Cutrona, C.E. (1982). Non psychotic postpartum depression: A review of the recent research. *Clinical Psychology Review*, 2, 487-503.
- Cutrona, C.E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*. 93, 378-39.
- Cox, J. Connor, Y. & Kendell, R.E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*. 140, 111-116.
- Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. *Br. J. Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dalton, K. (1980). *Depression after childbirth*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Endicott, J. & Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: The schedule for Affective Disorder and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Fairchild, Muki, W. (1995). Women with postpartum psychiatric illness: A professionally facilitated support group. *Social work with groups*. vol 18(1), 41-55.
- Fraiber, (1982). *The Adolescent Psychiatry*: 0.7-23.
- Feksi, A. Harris, B. Wallcer, R.F. Raid-Fahmy, D & New comb, R.G. (1984). Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*. 6.331-355.
- Frommer, E.A. & O'shea, G. (1975). A tutenatal identification of women liable to have problems, in managing their infants. *British Journal of Psychiatry*, 123, 149-156.
- Gard, P.R. Handley, S.L. Parsons, A.D. & Waldron, G. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British, Psychiatry*, 148, 567-574.
- George, A. Copeland, R.M. & Wilson, K.C.M. (1980). Serum prolactin and the postpartum blues syndrome. *British Journal Pharmacology*, 70, 102-103.
- George, A & Sandler, M. (1988). Endocrine and biochemical studies a puerperal mental disorders. In R. Kumar & I.R. Brockington (Eds). *Motherhood and mental illness*. Vol. 2. Causes and Consequences. (pp. 78.112). London wright.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M. Mount, H. (1991). Prospective Investigation of postpartum Depression: Factors Involved in onset and Recovery. *J. Abnormal Psychology*. Vo, I...No 2, 122-132.
- Gotlib, I.H. Mount, J.H. Cordy, N.I. & Whiffen, V.E. (1988). Depressed Mood and perceptions of early parenting: A longitudinal investigation. *British Journal Psychiatry*. 152, 24-27.
- Gotlib, I.H. Whiffen, V.E. Mount, H., Milane, K., & Cordy, N.I. (1989). Prevalance rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 57, 269-274.
- Handle Y.S.L. Dunn, T.L. Waldon, G. & Baker, J.M. Cockshott, C. & Gould, S. (1977). Mood changes in puerperium and plasma L-tryptophan and cortisol concentrations. *British Medical Journal*, 2, 18-22.

- Harris B.(1980). prospective trial of L. tryptophan in Manternity blues. *British Journal of psychiatry*:137.233-235.
- Harris B.J, Fung, H.T, Walker, R.Read, G. Raid, F.D.(1989). The hormonal enviroment of post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*,154,660-667.
- Harris B. Lovett, L.S et al.(1996). Cardiff puerpreal mood and Hormone study : postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period . *British Journal of psychiatry . Jun Vol 168(6)*.739-444.
- Harris B . (1966) . Hormonal aspects of postnatal depression. *International Review of Psychiatry. Mar Vol 8(1)*,27-36.
- Herzog A.& Detre, T.(1976). Psychotic reaction associated with childbirth . *Diseases of the Nervous system. 37*.229-235.
- Hofferth, S.L. & Hayes, C.D(Eds.) (1987). *Risking the future. Adolescent sexuality: pregnancy and child bearing (vol.2)*. Washington. Dc. National Academy Press.
- Hofferth, S.L.(1987), Teenage pregnancy and its resolution. In Hofferth.S.L. & Hayes, C. b(Eds.). *Risking the future adolescent sexuality pregnancy and childbearing (vol.2)* Washington.Dc. national Academy Press.
- Holden. J.(1996). The role of health visitors in postnatal depression. *International Review of psychiatry. Mar, vol 8(1)*, 79-86.
- Hopkins J, Marcas, M.D & cambell, S.B(1984). Post partum depression: A critical review. *Psychological Bultein, 95*, 498-515.
- Jacobson, N.S, & Moore, D.(1981). Suposes as observers of the events in their relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*.269-277.
- Jadresic, E. & Araya, R.(1995). Prevalence of post partum depression and associated factors in santiago. *Child. Rev-Med-123(6)*.694-90.
- Johnson, S.M.& Greenberg, L.S(1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.53*,175-184.
- Kendell, R.E. chalmers, J.C. & platz.C.(1987). Epidemiology of puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry: 150*,662-673.
- Kendell, R.E. Wainwright. S. Hailey, A & shannon, B.(1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine. 6*,697-302.
- Kuevi V. Causon, R. Dixon, A.R. Everard, D.M.Hall, Hole. D. et al. (1983). Plasma amine and hormone changes in "Post partum Blues". *Clinical Endocrinology & 19*,39-46.
- Kumar, R, & Roboson, K.M.(1964). A prospective study of emotional disoders in childbearing woman. *British Journal of Psychiatry. 115*,797-805.
- Kumar, R, & Roboson, K.M.(1978). Neurotic disturbance during pregnancy and puerperium: Preliminary report of a prespective survey of 119 Primipare. In M. sandler (Ed.). *Mental illness in pregnancy and the puerperium(pp.40-51)*. oxford. United Kingdom: Oxford University Press.
- Lewinshn, P.M, youngren, M.A. Grosseup, S.J.(1979). Reinforcement and depression, In R.A. Bepue (Ed.). *psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress(pp.291-316)*. New York: Academic Press.
- Locke, H. & Wallace, K.M. (1959). Short marital adjustment and predictions test: their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family living. 21*,251-255.
- Merchont, D.C, Affonso, D.D & Mayberry, L.J.(1995). Influence of relationship and child-care stress on manternal depression symptoms in the post partum. *Psychosom-obstet-Gynaecol. 160(4)*. 193-200.
- Mitchell, R.E. Cronkite, R.C & Moos, R.H.(1983). Stress, coping and depression among Married couples, *Journal of Abnormal Psychology. 92*,433-448.
- Morrison, H.L.(Ed.)(1983). *Children of depressed parents: Risk, identification and intervention*. New York: Grune & stratton.
- Nott, P.N, Fronkklm, M, Armitage. C. & Gelder, M.G.(1976). Hormonal changes in Mood in the puerperium. *British Psychiatry,128*,379-383.
- O'Harra, M.W, Neunaber, D.J. & Zekosk, E.M.(1984). Prospective study of postpartum Depression: prevalence, Course, and predictive factors, *Abnormal Psychology. vol. 2*, 158-171.
- O'Hara, M.W.(1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry, 43*,509-573.

- O'Hara, M.W & Zekoski, E.M.(1988). Postpartum depression: A comprehensive review. In R.Kumar & I.F. Brockington(Eds.). *Motherhood and mental illness. vol 2. Causes and Consequences*(pp.17-63). London: wright.
- O'Hara, M.W. Rehm.L.P & campbell, S.P.(1983). Post-Partum depression. A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervouse and Mental disorders.* 171,336-341.
- O'Hara, M.W, Rehm,L.P & campbell,S.P:(1982). Predicting depressive symptomology: Cognitive-Behavioral models and post-partum depression. *Journal of Abnormal Psycholoty.* 91,457-461.
- O'Hara, M.W, & Zekoski, E.M. philips,L.H & wright, E.D.(1990). controlled prospective study of postpartum mood disorder: comparison of childbearing and nonchildbearing woman. *Journal of Abnormal Psychology.* 99,3-15.
- Parker, G.(1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry.* 134,138-147.
- Paykel, E.S, Emms, E.M, Fletcher, J. & Rassaby, E.S (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry.* 136-339-346.
- Paykel, E.S.(1979). Recent life events in development of depressive disorders. In R.A. Depue (Ed.). *The psychology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp.245-262). New York. Academic Press.
- Peterson M, e tal (1982). The attributional style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Reserch,* 6,297-300.
- Pitt, B.(1973). Maternity blues. *British Journal of psychiatry.*122,431-433.
- Pop, V.J. Wijen, H.A, et al (1995). Blues and depression during puerperium: home versus hospital deliveries. *Br.J.Obstet & Gynacol.* 102(9):701-6.
- Protheroe, C.(1969). Puerperal psychosis: A longterm study. 1927-1961.*British Journal of Psychiatry:*115,9-30.
- Rehm, L.P.(1982). Self management in depression. In I.P. karoly & F.H. kanfer (Eds). *Self management and behavior change: From theory to practice* 9PP.1-49). New York: pregamen press.
- Rehm, L.P.(1974). Assessment of depression. In M.Hersen & A.S. Bellak (Eds), *Behavioral assessment: A practical handbook* (2th ed, pp.246-295). New York: Pragamon press.
- Pitt, B.(1968). "A typical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry.* 122,431-433.
- Saks B.R, Frank. J.B. lowe T.L, Berman W.N. & cohen, D.J.(1985). Depressed mood during pregnancy and the puerperium: Clinical recognition and implications for clinical practice. *American Journal of psychiatry.* 142,728-731.
- Sochel D.A. Cohen L.S. and et al (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol-Psychiatry.* 38(12):814-8.
- Solthou, A. & Taylor, R.(1982). Depression after childbirth. *British Medical Journal.* 284,880-881.
- Spanier G.B.(1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family,* 38,15-28. Spitzer, F.L, Erdicott.J. & Robins, E.(1978). Research diagnostic criteria: Rational and reliability. *Archives of General Psychiatry.* 36, 773-782.
- Stow Z.N & nemeroff C.B.(1996). Women at risk for postpartum: onset major depression. *Am-j-Obstet-Gynecol.*173(2): 639-645.
- Susman, Jeffrey-L.(1996). Postpartum depressive disorders: personal and Guidance Association Journal Dec vol 43(6, suppl) 517-524.
- Sutter A.L, Bourgeois M.(1999). Emotional and psychiatry postpartum complications. *Contracept-Ferrtil-Sex.*22(1):61-64.
- Troutma, B.Q. cutrona. C.E. (1990). Nonpsychotic post-partum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology* Vol 99, Nol,69-78.
- Ugarriza, D.N. (1995). A descriptive study of postpartum depression. *Perspect-Psychiatry-Care.*31(3):25-29.
- Whiffen, V.E.(1988). Vulnerability to postpartum Depression: A prospective Multivariate study. *Journal of Abnormal psychology* No,4,467-474.
- Whitton A, Appleby M&Warner R.(1996). Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *Internal Review of Psychiatry.* Maj vol 8(1).73-78.
- Yalom I.D, Lunde D.T, Moos R.H. & Hamburg D.A.(1968). "Post-partum Blues" syndrome. *Archives of General Psychiatry.* 18. 16-27.