

Comparison of Cognitive-behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anger in Women with Postpartum Depression

Saeedeh Sadeghirad¹, Parisa Peyvandi^{2*}, Fateme Mohammadi Shir Mahale², Marjan Hossein Zade Taghvae², Ahmad Borjali⁵

1. Ph.D. Student, Department of General Psychology, Unit Karaj, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2. Assistant Professor, Department of General Psychology, Unit Karaj, Islamic Azad University, Karaj, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Unit Tehran, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

Received: 2020/09/27

Accepted: 2020/12/10

Abstract

Introduction: The Postpartum depression is a high prevalence health issue. Aim of study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapies to anger in women with postpartum depression.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and 3-month follow-up with the control group. The statistical population was women with postpartum depression who referred to health centers in the west of Alborz province in 2019. 45 of these patients with Edinburgh Postpartum Depression Scale, their depression was confirmed, selected by available sampling method and by random sampling method in two experimental groups and one control (15 people in each group), Were located. The groups responded to the Persian version of the Spielberger state-trait anger expression inventory-2, for a pre-test. The members of Experimental group 1 received cognitive-behavioral therapy, and experimental group 2 received acceptance-commitment therapy. Control group did not receive any intervention. In the post-test, this questionnaire was administered again.

Results: The mean and standard deviation of anger were 182.96 ± 21.76 in the pre-test, 143.13 ± 40.07 in the post-test, and 142.31 ± 40.55 in the follow-up. Mean difference between cognitive-behavioral groups and acceptance and commitment therapy with the control was significant ($P=0.000$). Mean difference between the groups of cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapy was not significant ($P=1.000$). In follow-up, mean difference between cognitive-behavioral and control was not significant ($P=0.054$), mean difference between acceptance and commitment therapy and control was significant ($P=0.018$).

Conclusion: Considering the more stable effectiveness of acceptance and commitment therapy, it is suggested that, to reduce anger in women with postpartum depression, preferential treatment be considered.

***Corresponding Author:** Parisa Peyvandi
Address: Assistant Professor, Department of General Psychology, Unit Karaj, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Tel: 09123671844
E-mail: parisapeyvandi@gmail.com

Keywords: Cognitive Behavioral therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Anger, Postpartum Depression

How to cite this article: Sadeghirad S., Peyvandi P., Mohammadi Shir Mahale F., Hossein Zade Taghvae M., Borjali A. Comparison of Cognitive-behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anger in Women with Postpartum Depression, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2021; 28(4):596-607.

Introduction

Signs of postpartum depression include mood swings, boredom or irritability, and anger and difficulty concentrating, and this indicator, if mood swings during pregnancy or it is used 4 weeks after delivery, it is used. The most important risk factors for postpartum depression were birth rate and unwanted pregnancy. The prevalence of postpartum depression in Iran has been reported from 16% to 43%.

Anger is an emotion that highlights the dark side of postpartum depression and yet has not received much attention. Depressed patients perceive life events more negatively due to their negative attention biases in information processing, destructive schemas, and dysfunctional attitudes and coping strategies, and they experience more negative emotions such as anger towards others.

There are several therapeutic approaches used to treat depression, including cognitive-behavioral therapies and acceptance and commitment-based therapies. Although both therapies promote different types of cognitive strategies, they have important commonalities that lead to forms of maladaptive coping. Cognitive-behavioral therapy is based on information processing theory, which assumes that cognitions have a direct causal relationship with emotional and behavioral responses. Cognitive-behavioral therapy strategies occur in three stages: focus on suicidal thoughts and depressive cognitive styles, focus on how one relates to others, and necessary behavioral changes to enable the individual to recover from the problematic situation.

Acceptance-based behavioral therapies use mindfulness-based principles and techniques, and based on the hypothesis that psychological harm is the result of controlling or avoiding Negative thoughts and emotions occurs, which can play an important role in the persistence of psychological trauma. Studies show that higher scores in mindfulness reduce severe depression and are effective in treating depression.

The researcher did not find any research in or outside the country that examines the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on anger in women with postpartum depression. RocioCoto et al (2020), found that acceptance and commitment group therapy is effective in

treating depression, anxiety and emotional disorders. Erica et al (2018), reported in their study that cognitive-behavioral intervention in addition to the effects of maternal depression, can be effective on issues related to conflict, adaptation to the environment, responding to the unique needs of mothers. Spencer et al (2019), showed in a study that cognitive-behavioral intervention can influence the parameters of anger and decision-making regarding anger perception.

Therefore, postpartum depression disorder is a health issue with high prevalence, and requires different treatments. The commitment and acceptance approach seeks to give the individual the ability that, instead of avoiding, disturbing thoughts, feelings, and memories by accepting them and using cognitive faults, behavioral to be consistent with its values and goals. According to the cognitive-behavioral approach, the use of cognitive fault is meaningless. While cognitive-behavioral therapy emphasizes changing thoughts and emotions, acceptance and commitment therapy emphasizes to acceptance and adherence to planned goals. Therefore, considering the positive effects of both treatments on depressions and some similarities and fundamental differences between the two treatments, and the prevalence, and that anger is an important emotion in postpartum depression, and however, insufficient research has been done on this disease, and there is a need for research to address these issues. The aim of this study was to compare cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on anger in women with postpartum depression.

Methodology

The method of the present study is quasi-experimental with pre-test-post-test-design and 3-month follow-up with the control group and the aim of the research is applied. The statistical population of this study included all women with postpartum depression who referred to health centers in the west of Alborz province in 2019. The questionnaires were distributed in the centers to complete the desired sample size. For the statistical sample of the study, among the community, 45 of these patients were confirmed based on the Edinburgh Postpartum Depression Scale (scores above 12) and then in a clinical

interview, their depression, and Their illness started during the first four weeks after delivery, and met the inclusion criteria, including the number of deliveries (maximum 5 deliveries), and age control variables (18 to 44 years), and educational status (diploma and above), They were willing to participate in the study, were selected by convenience sampling method and were randomly divided into two experimental groups and one control group (15 people in each group). Exclusion criteria were receiving two treatments at the same time, suffering from other mental and physical illnesses, and unwillingness to continue cooperation.

Then, all three groups responded to the Persian version of the Spiel Berger state-trait Anger Expression Inventory-2, for pre-test, and the experimental groups underwent the mentioned treatments (members of Experiment 1, during 9 sessions of 90 minutes a week - one session of cognitive-behavioral therapy Robert Leahy and Wilson and Branch according to Table A, and members of experimental group 2 in 9 sessions of 90 minutes received a week- one session based on acceptance and commitment therapy Bach and Moran according to Table B), and the control group did not receive any intervention. Then, in the post-test, this questionnaire was repeated for all three groups. 3 months later, a follow-up test was performed.

Table A. Cognitive-Behavioral Therapy

Session
Session 1: Introductory, providing basic information about cognitive-behavioral psychotherapy, purpose, rules and principles of treatment sessions, performing homework
Session 2: Explain the relationship between thoughts, feelings and behaviors, use techniques such as ABC, dysfunctional styles of thinking, and spontaneous thoughts, express cognitive errors
Session 3: Explains the four main steps to rebuilding thoughts
Session 4: Examines the chain of cause, response, outcome
Session 5: Defining Courageous Behavior
Session 6: The difference between health and unhealthy anger
Session 7: Stress Management, Problem Solving, Muscle Relaxation
Session 8: Defining Self-Esteem
Session 9: planning for relapse prevention, assessment of work progress and acquired skills

Table B. Acceptance and commitment therapy

Session
Session 1: Establishing a medical relationship, concluding a medical contract, psychological education
Session 2: Experiences and evaluates them, creating creative frustration
Session 3: Expresses control as a problem, engaging in purposeful actions
Session 4: Cognitive Faulting techniques
Session 5: See yourself as a background
Session 6: Mental techniques, modeling the exit from the mind
Session 7: Discovering the practical values of life
Session 8: Understanding the nature of desire and commitment, determining patterns of action commensurate with values
Session 9: Summary of meetings

In the present study were used, descriptive statistics, analysis of covariance and Bonferroni post hoc test. The significance level in this study is considered 0.05.

Result

The mean and standard deviation of anger were 182.96 ± 21.76 in the pre-test, 143.13 ± 40.07 in the post-test, and 142.31 ± 40.55 in the follow-up. Mean difference between cognitive-behavioral

groups and acceptance and commitment therapy with the control was significant ($P=0.000$). Mean difference between the groups of cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapy was not significant ($P=1.000$). In follow-up, mean difference between cognitive-behavioral and control was not significant ($P=0.054$), and mean difference between acceptance and commitment therapy and control was significant ($P=0.018$).

Discussion

In the cognitive-behavioral approach, in addition to cognitive reconstruction of defective thoughts and beliefs, women with postpartum depression are helped to regain their lost self-esteem, problem solving and communication skills. Learn and eventually get rid of anger and be able to react best to family and social issues. As a result, depression decreases and the quality of life improves. The results obtained from the effectiveness of the cognitive-behavioral approach in this study are also in accordance with these explanations and are consistent with the results of various studies. The study of Sibhan et al (2019), showed that cognitive-behavioral intervention significantly reduced the symptoms of depression and anxiety in women with postpartum depression. Spencer et al (2019), showed that cognitive-behavioral intervention can influence anger parameters and decision-making in relation to anger perception.

Depressed women treated with an acceptance and commitment approach learn that instead of drowning in the past and future hardships, they identify goals that are consistent with their values, even in the face of debilitating thoughts and feelings, which lead to depression and reduced quality of life, Commit to achieving your goals. The results obtained from the effectiveness of the therapeutic approach based on acceptance and commitment in this study are also in accordance with these explanations and are consistent with the results of various studies. The results of a study by Georg and Farsis (2011), showed that acceptance and commitment therapy had a significant effect on reducing anger in the study group. Izadi and Rasooli (2019), in their research showed that group therapy based on acceptance and commitment to reduce postpartum depression, has a significant effectiveness.

The findings also showed that the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in anger did not show a significant difference; and both treatments have been effective. These findings are in line with the findings of Hosseinmardi and Khalatbari (2017), which showed that although cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment in the experimental groups reduced anger, however, no significant difference was observed between the two treatments in reducing anger. In the study of Azizi and Ghasemi (2017), entitled "Comparison of the effectiveness of three

approaches, solution-oriented, cognitive-behavioral and treatment based on acceptance and commitment to depression and quality of life of divorced women", the results showed that Cognitive-behavioral therapy is more effective in reducing depression and improving quality of life than path-based therapy and commitment-based therapy. In explaining this case and its inconsistency with the results of the present study, we can point to the existence of symptoms other than anger in this disorder and the possibility of greater impact of cognitive-behavioral therapy on them and ultimately its greater therapeutic effect.

The results of the present study also showed that in the 3-months follow-up, the effects of treatment based on acceptance and commitment were more lasting. These findings are in line with the findings of Bai et al (2020), which showed that acceptance and commitment therapy significantly reduces depression, and in the 3-months follow-up of these studies, the results it has been stable. Azizi (2018) also showed that in depressed students, regardless of the level of psychological development of clients, treatment based on acceptance and commitment is more effective than cognitive-behavioral therapy on reducing anger. The results of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, has shown a greater potential effect in the follow-up period than after treatment, which is consistent with the theory of acceptance and commitment-based therapy in which increased psychological flexibility after treatment, May lead to continued positive behavioral change and growth over time.

In explaining these findings, it can be said that while cognitive-behavioral therapy emphasizes the change of thoughts and emotions, and with Behavioral techniques, along with cognitive techniques, reduce anger in different groups, but acceptance and commitment therapy also emphasizes acceptance and adherence to planned goals and individuals Learn that by choosing and committing to a consistent life, to deal with personal values, and to reduce anger by not acting on feelings of anger and related behavioral motivations.

Conclusions

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on anger in women with postpartum depression. The results

showed that both cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy are effective on anger in women with postpartum depression and there is no significant difference between them. But in 3-month follow-up, the effects of acceptance and commitment therapy were more lasting.

It is suggested to use acceptance and commitment therapy to reduce anger in postpartum depression, due to the more stable effectiveness of this treatment.

And to prevent the generalization of the results from one experimental group to the community, this research should be done on other groups of people with different and longer follow-up periods. One of the limitations of this research is the selection of the available sample, which should be careful in generalizing the results obtained from the sample to the community. It can also be noted that the research background is weak.

مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

سعیده صادقی‌راد^۱، پریسا پیوندی*^۲، فاطمه محمدی شیرمحلله^۲، مرجان حسین‌زاده تقوایی^۳، احمد برجلی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۰

چکیده

* نویسنده مسئول: پریسا پیوندی

نشانی: البرز، کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۲۳۶۷۱۸۴۴

رایانامه:

parisapeyvandi@gmail.com

شناسه ORCID:

0000-0001-8817-4205

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0002-2049-5640

زمینه و هدف: اختلال افسردگی پس از زایمان، مسئله‌ای بهداشتی با شیوع بالا می‌باشد. هدف پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی‌رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود.

جامعه آماری، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت غرب استان البرز، در سال ۱۳۹۸ بود. ۴۵ نفر از این بیماران با مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، افسردگی آن‌ها تأیید شد و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌ها به‌منظور پیش‌آزمون به نسخه فارسی سیاهه ابراز خشم صفت-حالت-۲ اسپیلبرگر، پاسخ دادند. اعضای گروه آزمایش ۱ درمان شناختی‌رفتاری، و گروه آزمایش ۲ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دریافت کردند. گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پس‌آزمون، اجرای این پرسش‌نامه مجدد انجام‌گردید.

یافته‌ها: میانگین و انحراف‌معیار خشم، در پیش‌آزمون $182/96 \pm 21/76$ ، پس‌آزمون $143/13 \pm 40/07$ و پیگیری $142/31 \pm 40/55$ بود. تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، معنادار بود ($P=0/000$). تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادار نبود ($P=1/000$). تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی‌رفتاری و کنترل، معنادار نبود ($P=0/054$). تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل، معنادار بود ($P=0/018$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی پایدارتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پیشنهاد می‌گردد که برای کاهش خشم در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، درمان ترجیحی در نظر گرفته‌شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خشم، افسردگی پس از زایمان

۱. مقدمه

نشانه‌های افسردگی پس از زایمان، شامل خلق‌وخوی غم‌انگیز، بی‌حوصلگی یا تحریک‌پذیری و عصبانیت و اختلال در تمرکز است و این شاخص، در صورتی که نشانه‌های خلقی در مدت حاملگی یا

۴ هفته پس از زایمان شروع شده‌باشد، به کار برده می‌شود (۱). مهم-ترین عوامل خطر افسردگی پس از زایمان، رتبه تولد و ناخواسته بودن بارداری بیان شده است. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران، از ۱۶ درصد تا ۴۳ درصد گزارش شده است (۲). خشم، هیجانی است که جنبه تاریک افسردگی پس از زایمان

شیوع بالا می‌باشد و نیازمند روش‌های درمانی مختلف است (۱۰). در رویکرد تعهد و پذیرش سعی بر این است فرد این توانایی را داشته باشد که به‌جای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌های آزاردهنده، با پذیرش آن‌ها و با استفاده از گسلش‌شناختی، رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهدافش هماهنگ باشد (۶). براساس رویکرد شناختی- رفتاری، استفاده از گسلش شناختی بی‌معنی است. درحالی‌که درمان شناختی- رفتاری بر تغییر افکار و هیجان‌ها تأکید دارد، درمان پذیرش و تعهد به پذیرش و پایبندی به اهداف طرح‌ریزی شده تأکید دارد. از این‌رو با توجه به تأثیرات مثبت هر دو درمان بر افسردگی‌ها و برخی شباهت‌ها و تفاوت‌های بنیادین دو درمان و میزان شیوع و این‌که خشم هیجان مهمی در افسردگی پس‌از زایمان است و باین‌حال پژوهش‌های کافی در زمینه آن در این بیماری انجام نشده‌است، ضرورت انجام پژوهشی که به این مسائل بپردازد، احساس می‌گردد. این پژوهش با هدف مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان انجام گرفت.

۲. مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بوده و هدف پژوهش، کاربردی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت غرب استان البرز، در سال ۹۸ بود. پرسش‌نامه‌ها در مراکز توزیع گشت تا حجم نمونه موردنظر، تکمیل گردید. برای نمونه آماری پژوهش، از میان افراد جامعه، ۴۵ نفر از این بیماران که براساس خطربرش مقیاس افسردگی پس‌از زایمان ادینبورگ (کسب نمرات بالاتر از ۱۲) و سپس مصاحبه بالینی، افسردگی آن‌ها تأیید گشته و بیماریشان حداکثر طی چهار هفته اول پس‌از زایمان آغاز گردیده بود انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تعداد زایمان (حداکثر ۵ زایمان) و متغیرهای کنترل سن (۱۸ تا ۴۴ سال) و وضعیت تحصیلی (دیپلم به بالا) و تمایل به شرکت در پژوهش. این افراد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نیز نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای خروج از پژوهش نیز دریافت کردن هم‌زمان دو درمان، ابتلا به سایر بیماری‌های روانشناختی و جسمانی و تمایل نشدن به ادامه همکاری بودند.

در ادامه هر سه گروه، به‌منظور پیش‌آزمون به نسخه فارسی سیاهه ابراز خشم صفت-حالت-۲ اسپیلبرگر، پاسخ دادند و گروه‌های آزمایش تحت درمان‌های مذکور قرار گرفتند (اعضای

را نمایان می‌کند و باین‌حال، توجه زیادی دریافت نکرده‌است (۳). بیماران افسرده به دلیل سوگیری‌های توجهی منفی خود در پردازش اطلاعات، طرح‌واره‌های مخرب و نگرش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی که دارند، رویدادهای زندگی را منفی‌تر ادراک می‌کنند و هیجان‌های منفی بیش‌تری نظیر خشم را نسبت به دیگران تجربه می‌کنند (۴).

رویکردهای درمانی متعددی برای درمان افسردگی، به‌کار رفته‌است که از جمله آن‌ها می‌توان به دیدگاه درمانی شناختی- رفتاری ۱ و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۲ اشاره کرد. هر دوی درمان‌ها انواع مختلفی از راهبردهای شناختی را ترویج می‌کنند ولی خصیصه‌های مشترک مهمی دارند که با اشکال مقابله‌نا سازگارانه روبه‌رو می‌شوند. درمان شناختی- رفتاری بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها، رابطه علی‌مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارد. راهبردهای درمانی شناختی- رفتاری، در سه مرحله تمرکز بر افکار خودکشی و سبک- های شناختی افسرده‌ساز، تمرکز بر روشی که شخص با دیگران ارتباط دارد و تغییرات رفتاری ضروری برای قادر ساختن فرد به بهبود از شرایط مشکل‌ساز، اتفاق می‌افتد (۵).

رفتار درمانی‌های مبتنی‌بر پذیرش، از اصول و تکنیک‌های مبتنی‌بر توجه‌آگاهی استفاده می‌کنند و بر مبنای این فرضیه روی کار آمده‌است که آسیب روانی در نتیجه کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی بروز پیدا می‌کند که می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی داشته‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که نمرات بالاتر در ذهن‌آگاهی، باعث کاهش افسردگی شدید گشته و در درمان افسردگی مؤثر است (۶).

هیچ پژوهشی در داخل یا خارج از کشور که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر خشم در زنان مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان را بررسی کند، یافته نشد. از این رو به پژوهش‌های نزدیک به آن اشاره می‌گردد:

روسیوکاتو و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی در درمان افسردگی، اضطراب و اختلالات هیجانی مؤثر است (۷). اریکا و همکاران (۲۰۱۸)، گزارش کردند که مداخله شناختی- رفتاری علاوه بر تأثیرات افسردگی مادر خانواده، می‌تواند بر موضوعات مربوط به درگیری، سازگاری با محیط، پاسخگویی به نیازهای منحصر به فرد مادران، مؤثر باشد (۸). اسپنسر و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند پارامترهای خشم و تصمیم‌گیری در رابطه با ادراک خشم را تحت تأثیر قرار دهد (۹).

بنابراین، اختلال افسردگی پس‌از زایمان، مسئله‌ای بهداشتی با

آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است (۱۶).

سیاهه ابزار خشم صفت-حالت-۲ اسپیلبرگر: سیاهه ابزار خشم صفت-حالت-۲ اسپیلبرگر (۱۹۹۹)، شامل ۵۷ عبارت است که ۶ مقیاس؛ «حالت خشم»، «صفت خشم»، «بیان خشم به طرف بیرون»، «بیان خشم به طرف درون»، «کنترل خشم به طرف بیرون»، «کنترل خشم به طرف درون» و ۱ شاخص «بیان خشم» را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای، ارزیابی می‌کند؛ و لیندکوویست، واترمن و هل‌استروم (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ را برای هریک از این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۶۴، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۹ و ۰/۷۵، به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی این ابزار گزارش کردند (۱۷). نتایج مطالعه خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، نشان داد که هریک از زیرمقیاس‌های این سیاهه، دارای همسانی درونی (۰/۶۰ تا ۰/۹۳)، ضریب تصنیف (۰/۵۷ تا ۰/۸۹)، و ضریب بازآزمایی (۰/۷۲ تا ۰/۹۳) فوق‌العاده بودند (۱۸).

برای انجام این مطالعه، اجازه‌نامه کتبی از مراکز مربوطه کسب گردید و تأیید اخلاقی با شناسه IR.IAU.K.REC.1398.097 از کمیته اخلاق اخذ شد. همه اصول اخلاقی، در این پژوهش رعایت شده‌اند.

گروه آزمایش ۱، طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک-جلسه درمان شناختی- رفتاری رابرت لی‌هی (۵) و ویلسون و برنچ (۱۱) طبق جدول الف، اعضای گروه آزمایش ۲ طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باخ و موران (۱۲) را مطابق جدول ب به‌صورت گروهی، دریافت کردند) و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس در پس‌آزمون، اجرای این پرسش‌نامه مجدد برای هر سه گروه انجام گردید. ۳ ماه بعد، آزمون پیگیری اجرا گردید.

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ: این پرسش‌نامه شامل ۱۰ پرسش، در مقیاس ۴ درجه‌ای است که وضعیت روانی افراد را طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند (۱۳) و ادینبورگ کاکس در سال ۱۹۸۷ برای تشخیص افسردگی پس از زایمان ابداع کرد و علایم احساس گناه، اختلال خواب، فقدان انرژی، عدم کسب لذت و افکار خودکشی را می‌سنجد (۱۴). در ایران، نمره برش ۱۲ برای آن در نظر گرفته شده است. در مطالعه کاکس و همکاران (۱۹۸۷)، آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار قابل توجهی است (۱۵). در پژوهش عظیمی‌لوتی و همکاران (۱۳۸۲)، پایایی این ابزار با انجام بازآزمون ۰/۸۸ و همسانی درونی آن به کمک

خلاصه جلسات درمان‌ها:

الف) درمان شناختی- رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان‌درمانی شناختی- رفتاری، هدف، قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف تمرینی
جلسه دوم	توضیح ارتباط افکار، احساس و رفتار، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر ABC. سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی
جلسه سوم	توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار
جلسه چهارم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد
جلسه پنجم	تعریف رفتار جرأت‌مندانه
جلسه ششم	تفاوت میان خشم سلامت و ناسلامت
جلسه هفتم	مدیریت استرس‌ها، حل مسئله، آرامش عضلانی
جلسه هشتم	تعریف عزت‌نفس
جلسه نهم	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده

ب) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
جلسه دوم	تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد ناامیدی خلاقانه
جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، درگیر شدن با اعمال هدفمند
جلسه چهارم	تکنیک‌های گسلش شناختی
جلسه پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه
جلسه ششم	تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن
جلسه هفتم	کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها
جلسه نهم	جمع‌بندی جلسات

۱۵/۸۰ ± ۲/۴۰ بود.

در متغیر خشم، مقدار میانگین و انحراف معیار مجموع هر سه گروه، در حالت پیش‌آزمون برابر با ۱۸۲/۹۶ ± ۲۱/۷۶، در حالت پس‌آزمون ۱۴۳/۱۳ ± ۴۰/۰۷، و در حالت پیگیری ۱۴۲/۳۱ ± ۴۰/۵۵ بوده‌است.

برای بررسی فرضیه‌های آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده و ابتدا کلیه پیش‌فرض‌های آن بررسی گشت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود ($P > 0/05$). در آزمون همگنی شیب خط رگرسیون، سطح معناداری تعامل متغیر مستقل و متغیر همپراش (۰/۲۵۲) می‌باشد، لذا فرضیه عدم همگنی شیب رگرسیون رد می‌شود ($P > 0/05$). با توجه به آماره $F(3/664)$ ، و سطح معناداری (۰/۰۶۷)، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز در آزمون لاون رعایت شده‌است ($P > 0/05$).

نتایج آزمون کوواریانس در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان در (جدول ۱)، آورده شده‌است:

در پژوهش حاضر، از روش‌های آمار توصیفی، روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده‌است.

۳. یافته‌های پژوهش

نتایج نشان داد فراوانی نمونه‌ها در مجموع در گروه نمونه‌ها با یک زایمان، با ۲۰ نفر (۴۴/۴۴٪)، بیشتر از سایر گروه‌ها بوده و نمونه‌های بالای سه زایمان، با ۲ نفر (۴/۴۴٪)، کمترین فراوانی را داشتند. بیشترین فراوانی سنی افراد شرکت‌کننده در مجموع، به رده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، با ۱۶ نفر (۳۵/۵۵٪)، و کمترین فراوانی سنی به رده سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، با ۵ نفر (۱۱/۱۱٪)، تعلق داشته‌است. فراوانی نمونه‌ها در مجموع، در گروه تحصیلی لیسانس بیشتر از سایر گروه‌ها بوده، با ۱۴ نفر (۳۱/۱۱٪)، و گروه تحصیلی دکتری کمترین فراوانی را، با ۲ نفر (۴/۴۴٪)، داشته‌است.

در مورد نمرات افسردگی پس‌از زایمان، در گروه آزمایش شناختی-رفتاری میانگین و انحراف معیار ۱۶/۲۰ ± ۲/۱۸، در گروه آزمایش پذیرش و تعهد میانگین و انحراف معیار ۱۵/۸۷ ± ۲/۸۵، و در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مربع مجذورات	پارامتر اصلاح نشده	توان مشاهده شده
متغیر مستقل	۳۶۳۸۹/۶۶۱	۲	۱۸۱۹۴/۸۳۰	۲۶/۳۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴	۵۲/۵۹۹	۱/۰۰۰
خشم-پس-آزمون								

برای مقایسه اثربخشی این دو روش درمان بر خشم در گروه‌های کنترل و آزمایشی با یکدیگر، از آزمون مقایسه میانگین‌های بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن نشان داد که در متغیر خشم، تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P = 0/000$). اما تفاوت میانگین بین

گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادار نبوده‌است ($P = 1/000$). نتایج آزمون کوواریانس در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان، در جدول ۲ آورده شده‌است:

جدول ۲. نتایج آزمون کوواریانس

منبع مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مربع مجذورات	پارامتر اصلاح نشده	توان مشاهده شده
متغیر مستقل	۲۸۱۴۸/۴۴۵	۱	۲۸۱۴۸/۴۴۵	۴۷/۱۸۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۶	۴۷/۱۸۰	۱/۰۰۰

مقایسه سطح معناداری‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس‌از

مقایسه سطح معناداری‌ها نشان می‌دهد که درمان

می‌باشد.

نتایج آزمون کوواریانس در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، در جدول ۳ آورده شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس

مجموع مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مربع مجذور اتا	پارامتر اصلاح نشده	توان مشاهده شده
متغیر مستقل	۲۱۴۰۲۵۹۸۲	۱	۲۱۴۰۲۵۹۸۲	۲۳۹۰۵۴	۰۰۰۰	۶۶۸۰	۲۳۹۰۵۴	۰۰۰۰۱

زایمان اثربخش است. مقدار مجذور مربع اتا در پس آزمون برابر با ۰.۶۳۶ می‌باشد، بدین معنا که ۶۳.۶ درصد از تغییرات خشم در گروه آزمایش، ناشی از درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین گروه آزمایش شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل، معنادار

که تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل، معنادار می‌باشد.

نتایج آزمون کوواریانس در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، در یک دوره پیگیری ۳ ماهه در جدول ۴ آورده شده است:

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مربع مجذور اتا	پارامتر اصلاح نشده	توان مشاهده شده
متغیر مستقل خشم- پس آزمون	۲۷۴۴۰۰۱۸	۲	۱۳۷۲۰۰۰۹	۱۳۰۳۵۲	۰۰۰۰	۰۰۴۰۶	۲۶۰۷۰۴	۰۰۹۹۶

مطابق جدول ۳، مقایسه سطح معناداری‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثربخش می‌باشد. مقدار مجذور مربع اتا در پس آزمون برابر با ۰.۶۶۸ می‌باشد؛ بدین معنا که ۶۶.۸ درصد از تغییرات خشم در گروه آزمایش، ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد

خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثربخش می‌باشد و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد. اما در پیگیری سه ماهه، اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ماندگارتر بوده است. در رویکرد شناختی- رفتاری، در کنار بازسازی شناختی افکار و باورهای معیوب، به زنان دارای افسردگی پس از زایمان کمک می‌گردد تا عزت نفس از دست رفته خود را دوباره به دست آورند، حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی را بیاموزند و در نهایت از احساس خشم رهایی یابند و بتوانند در مقابل مسائل خانوادگی و اجتماعی بهترین عکس‌العمل را نشان دهند؛ در نتیجه، افسردگی کاهش و کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. نتایج به دست آمده از اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری در این تحقیق نیز مطابق با این تبیین‌ها بوده و با نتایج پژوهش‌های مختلفی، هم‌خوانی دارد. مطالعه سیبهان و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری به طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در زنان دارای نشانه‌های افسردگی پس از زایمان شده است (۱۹). اسپنسر و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند

مطابق جدول ۴، بین دو گروه مداخله شناختی- رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در خشم، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در یک دوره پیگیری ۳ ماهه، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). نتایج آزمون مقایسه میانگین‌های بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی- رفتاری با کنترل، در پیگیری سه ماهه، معنادار نبوده است ($P = 0.054$). ولی تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل، معنادار بوده است ($P = 0.018$). همچنین، تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادار نبوده است ($P = 1/0.00$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خشم در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، اجرا شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر

سه‌ماهه این مطالعات، نتایج همچنان پایدار بوده‌است (۲۴). عزیزی (۱۳۹۷) نیز نشان‌داد که در دانشجویان افسرده بدون درنظر گرفتن سطح تحول‌روانی-معنوی مراجعان، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری بر کاهش خشم دارد. نتایج اثربخشی درمان بر پایه پذیرش و تعهد، اثر بالقوه بزرگ‌تری را در دوره پیگیری نسبت به بعد از درمان نشان داده است که با نظریه‌پردازی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد همسان است که در آن افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بعد از درمان، ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود (۲۵). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درحالی‌که، درمان شناختی- رفتاری بر تغییر افکار و هیجان‌ها تأکید دارد و با تکنیک‌های رفتاری در کنار تکنیک‌های شناختی خود منجر به کاهش خشم در گروه‌های مختلف می‌گردد اما درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز به پذیرش و پایبندی به اهداف طرح‌ریزی شده تأکید دارد و به افراد می‌آموزد که با انتخاب و تعهد به زندگی مداوم با ارزش- های شخصی رفتار کنند و با عمل نکردن به احساسات خشم و انگیزه‌های رفتاری مرتبط، خشم خود را کاهش دهند.

پیشنهاد می‌گردد برای کاهش خشم در افسردگی پس‌از زایمان، از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، با توجه به اثربخشی پایدارتر این روش درمانی، بیشتر استفاده‌گردد. به‌منظور جلوگیری از تعمیم نتایج از یک گروه آزمایشی به جامعه، این پژوهش بر گروه‌های دیگری از افراد، با دوره‌های پیگیری متفاوت و طولانی‌تر انجام‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه دردسترس اشاره کرد که باید در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده از نمونه به جامعه، احتیاط کرد. همچنین می‌توان به ضعیف بودن پیشینه تحقیق و این‌که در برخی مراحل این پژوهش، با توجه به شیوع بیماری کرونا در مقطعی، دشواری‌هایی وجود داشت، اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی می‌باشد. محققان از کلیه آموزدنی‌ها و افرادی که در انجام پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

پارامترهای خشم و تصمیم‌گیری در رابطه با ادراک خشم را تحت تأثیر قرار دهد (۹).

زنان افسرده تحت درمان با رویکرد مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌آموزند که به‌جای غرق شدن در گذشته و سختی‌ها در آینده، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند. نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در این تحقیق نیز مطابق با این تبیین‌ها می‌باشد و با نتایج پژوهش‌های مختلفی نیز همخوانی دارد. نتایج مطالعه گئورگ و فارسیس (۲۰۱۱) نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش خشم گروه مورد مطالعه، تأثیر معناداری دارد (۲۰). ایزدی و رسولی (۱۳۹۸)، در پژوهش خود نشان دادند که درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای کاهش افسردگی پس‌از زایمان، از اثربخشی قابل توجهی برخوردار است (۲۱).

یافته‌ها همچنین نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در خشم، تفاوت معناداری را نشان نداده‌است و هر دو درمان، مؤثر بوده‌اند. این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهش حسین‌مردی و خلعتبری (۱۳۹۶) می‌باشد که نشان‌دادند اگرچه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش باعث کاهش خشم شد ولی بین دو درمان در کاهش خشم، اختلاف معناداری مشاهده نشد (۲۲). نتایج پژوهش عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) تحت‌عنوان «مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه» نشان داد که درمان‌ها مؤثر بودند و درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی، نسبت به درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، مؤثرتر است (۲۳). در تبیین این مورد و ناهم‌سویی آن با نتایج پژوهش حاضر می‌توان به وجود علایم دیگری جز خشم در این اختلال و احتمال تأثیرگذاری بیشتر درمان شناختی- رفتاری بر آن‌ها و در نهایت تأثیر درمانی بیشتر آن اشاره کرد.

نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که در پیگیری سه‌ماهه، اثرات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ماندگارتر بوده- است. این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهش بای و همکاران (۲۰۲۰) بوده‌است که نشان‌دادند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری افسردگی را کاهش می‌دهد و در پیگیری

References

- [1]. Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*. 2017; 40(2): 106-120.
- [2]. Wisani Y, Saye miry C. Prevalence of postpartum depression in Iran - by systematic review and meta-analysis. *Iranian J of Obstetrics and Gynecology*. 2012, 15(14): 21-29. [Persian]
- [3]. Vliegen N, Luyten P, Biringen Z. A Multimethod Perspective on Emotional Availability in the Postpartum Period. *Science and Practice*. 2009; 9: 228-243.
- [4]. Suslow T, Wildenauer K, Günther V. Ruminative response style is associated with a negative bias in the perception of emotional facial expressions in healthy women without a history of clinical depression. *J of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019; 62: 125-132.
- [5]. Leahy RL. *Cognitive Therapy Techniques: A Guide for Psychotherapists*, (Translated by Laden Fati et al). Tehran: Danjeh; 2003. [Persian]
- [6]. Nikogoftar M, Khan Alilu R. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on reducing depressive symptoms in female patients with MS. *J of Behavioral Science Research*. 2017; 15(1): 59-66. [Persian]
- [7]. RocíoCoto L, ConcepciónFernández R, SoniaGonzález F. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J of Affective Disorders*. 2020; 263: 107-120.
- [8]. Erica PM, Robert TA, Angelique R, TeetersAmy LB, JessicalHoward, Judith BG, Frank WP. Treatment of Maternal Depression With In-Home Cognitive Behavioral Therapy Augmented by a Parenting Enhancement: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25: 402-415.
- [9]. Spencer KL, EricBuibcSusanne SH, Emily BO, Ophie AP, Lisa FB, Naomi MS. Targeting separate specific learning parameters underlying cognitive behavioral therapy can improve perceptual judgments of anger. *J of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019; 65: 101-498.
- [10]. Golzar A, Gholizadeh Z, Sohrabi A, Kiani MA, Shams Alizadeh N, Asgharnejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the treatment of postpartum depression and three scanning factors of dependency, anger and maternal conflicts in postpartum depressed mothers. *Iranian J of Obstetrics and Gynecology*. 2013; 16(52): 7-8. [Persian]
- [11]. Wilson R, Brunch R. *Cognitive behavioral therapy in simple language*, (Translated by Zohreh Khosravi and Somayeh Rezaei, 2013), Tehran: Tomorrow's Generation, (Without). [Persian]
- [12]. Bach P, And Moran DJ. *Act in action: the conceptualization of case in the treatment of acceptance and commitment*, (Translated by Sara Kamali and Niloufar Kian Rad, 2017), Tehran: Arjmand, 2008.
- [13]. Nikpour M. Relationship between type of delivery and postpartum depression. *J of Principles of Mental Health*. 2012; 14(53): 46-53. [Persian]
- [14]. Tannous L, Gigante L, Fuchs S, & Busnelo E. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC psychiatry*. 2008; 8(1): 1-11.
- [15]. Nowruzi Z, Mohammadi M. Prediction of postpartum depression based on the history of anxiety, depression and parental transplantation in women who have given birth, referring to Shiraz health centers. *Razi J of Medical Sciences*. 2013; 21(127). [Persian]
- [16]. Azimi Loatti H, Danesh M, Hosseini SH, Khalilian A, Zarghami M. Postpartum depression in women referred to health centers care-Sari. *Iran J Psychiat Clin Psychol*. 2005; 11(1): 31-42. [Persian]
- [17]. Lindqvist JK, Waterman AM, & Hellström A. Swedish adaptations of the Novaco Anger Scale, the Provocation Inventory, and the State-Trait Anger Expression Inventory-2. *Social Behavior and Personality*. 2010; 31(8): 773-788.
- [18]. Khodayari Fard M, GholamAli Lavasani M, Akbari Zardkhaneh S, Liaqat S. Standardization of Anger Trait Expression Inventory - Spielberger Mode 2. *J of Rehabilitation*. 2010; 35: 47-56. [Persian]
- [19]. Siobhan et al. A randomised controlled trial of 'MUMentum postnatal': Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behaviour Research and Therapy*. 2019; 116: 94-103.
- [20]. Georg HE, John PF. The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Problem Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18: 241-250.
- [21]. Izadi M, Rasooli A. The effectiveness of acceptance and commitment-based psychotherapy in improving depression and sleep quality in women with postpartum depression. *Iranian J of Nursing Research*. 2019; 14(1): 21-28. [Persian]
- [22]. Hossein Mardi AA, And Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment on the level of anger of high school male students in Tehran. *J of Scientific Researchers*. 2017; 16(2): 59-66. [Persian]
- [23]. Azizi A, Ghasemi S. Comparison of the effectiveness of three approaches of solution-oriented, cognitive-behavioral and acceptance-based therapy on depression and quality of life of divorced women. *Culture of Counseling and Psychotherapy*. 2017; 8(29): 207-236. [Persian]
- [24]. Bai Zh, Luo Sh, Zhang L, & WuSijiea CI. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *J of Affective Disorders*. 2020; 260: 728-737.
- [25]. Azizi S. Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) with cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing the anger of depressed students, according to their level of psychological development. Ph.D. Thesis in Clinical Psychology, Tarbiat Modares University; 2018. [Persian]