

بررسی اثرات سه روش درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و ترکیبی از دو روش فوق در درمان افسردگی اساسی

نعمت ستوده^۱ (Ph.D)، بهناز بهنام^{۱*} (M.D)، راهب قربانی^۲ (Ph.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، گروه روان پزشکی

۲- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، گروه پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات فیزیولوژی

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی اساسی یکی از مهم‌ترین اختلالاتی شایع روان‌شناختی است که اثرات مخربی را بر زندگی بیماران و خانواده آنان می‌گذارد. درمان‌های متعددی برای این بیماری پیشنهاد شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی و ترکیبی از دو روش دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر درمان افسردگی اساسی است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک کار آزمایشی بالینی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که در سال ۱۳۸۷ در شهر سمنان انجام شد. ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی انتخاب و در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار داده شدند. کلیه بیماران، قبل از مداخله، نسبت به تکمیل پرسش‌نامه جمعیت‌نگاشتی و پرسش‌نامه افسردگی بک اقدام نمودند. بعد از اعمال مداخلات درمانی، توسط پرسش‌نامه بک مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که کلیه روش‌های درمانی، دارای تأثیرات معنی‌داری بر درمان افسردگی اساسی بوده‌اند، اما درمان ترکیبی (درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی)، نسبت به سایر مداخلات بهتر بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، محققین استفاده از روی‌کرد تیمی مبتنی بر همکاری روان‌شناس و روان‌پزشک در درمان افسردگی اساسی را پیشنهاد می‌نمایند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی اساسی، درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی، اختلال افسردگی

مقدمه

می‌شود [۱]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی - عروقی است. این بیماری، به عنوان معضل نخست سلامتی در دنیا و به عنوان مادر بسیاری از بیماری‌ها تلقی می‌شود، هزینه‌های روانی، تحصیلی و اقتصادی فراوانی به بیمار و جامعه تحمیل می‌کند و به سبب توسعه بیش از اندازه، به سرماخوردگی روانی معروف شده است [۲]. شیوع این اختلال در طول عمر ۱۵ درصد و در زنان تا ۲۵ درصد نیز می‌رسد. این اختلال در

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که در طبقه‌بندی اختلالات خلقی قرار می‌گیرد. اختلالات خلقی شامل اختلالات وسیعی است که ویژگی اصلی و بارز آن اختلال در خلق بیمار است. این اختلالات، به اختلالات افسردگی (یک قطبی)، اختلالات دو قطبی (افسردگی و مانیا)، و دو اختلال بر پایه سبب‌شناسی یعنی اختلال خلقی ناشی از بیماری‌های جسمانی و اختلالات خلقی ناشی از مواد تقسیم

مشکلات خلقی [۱]، و تفاوت جوامع در متغیرهای موثر بر پدیدایی افسردگی و تاثیر هر یک از این مفاهیم بر درمان افسردگی، دارای اهمیت است. هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای تاثیر سه روش درمانی، درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و ترکیبی از دو روش دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری در درمان افسردگی اساسی بوده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک کار آزمایشی بالینی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. جامعه پژوهش را بیماران مبتلاء به افسردگی اساسی در شهر سمنان در سال ۱۳۸۸ تشکیل می‌دهد. از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌پزشکی در سطح شهر سمنان، تعداد ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص افسردگی، بر اساس معیارهای انجمن روان‌پزشکی امریکا محرز گردید [۱] برخی از ملاک‌های ورود نمونه به تحقیق عبارت‌اند از: تشخیص افسردگی اساسی، محدوده سنی بین ۲۷-۵۵ سال، تحصیلات سیکل و بالاتر، و داشتن حداقل توانایی جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله. برخی از معیارهای خروج نمونه از تحقیق عبارت‌اند از: دارا بودن اختلالات حاد روان‌پزشکی بنا به نظر روان‌پزشک، وجود بیماری پزشکی جدی و محدودکننده‌ای که موجب بروز افسردگی در بیمار شود، سابقه سوء مصرف مواد و دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند سرطان، بیماری‌های کلیوی. بیماران پس از دریافت تشخیص افسردگی، جهت تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیقاتی به مجریان طرح معرفی شدند. پس از کسب رضایت بیماران و تشریح طرح برای آنان، بیماران بر حسب زمان مراجعه جهت دریافت درمان، در یکی از سه گروه مداخله ۱- دارودرمانی، ۲- درمان شناختی - رفتاری و ۳- درمان ترکیبی (دریافت توأم دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری)، قرار داده شدند. برخی از بیماران بنا به دلایل شخصی، پس از اولین مراجعه به روان‌پزشک و یا

افراد مجرد بیش از افراد متاهل و در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند و یا این که از همسر خود طلاق گرفته‌اند، بیش‌تر است [۳]. مطالعات انجام شده نشان‌دهنده نرخ بالای این بیماری در ایران می‌باشد [۴-۶]. برای درمان این اختلال روی‌کردهای متفاوتی وجود دارد. در روی‌کرد روان‌پزشکی، درمان دارویی به عنوان خط مقدم درمان این اختلال تلقی می‌شود [۱]. اما روی‌کردهای دیگر، مانند روی‌کرد شناختی - رفتاری افسردگی، بر دیدگاه فرد درباره خود و جهان اطراف خود تاکید دارد. بر اساس درمان شناختی - رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرح‌واره‌ها، بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تاثیر می‌گذارند و منجر به افسردگی می‌گردند [۸،۷]. از نظر بک، افسردگی نتیجه اختلال در فرآیندهای شناختی و تفسیر غلط بیمار از رویدادهای اطراف خود می‌باشد. از نظر او، درمان شناختی - رفتاری، بیماران را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرأت‌مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تاکید می‌نماید [۹]. اگر چه، دارودرمانی از درمان‌های تثبیت شده در درمان افسردگی اساسی هستند، اما نتایج درمان، به عوامل جنبی دیگری نیز وابسته است [۱۰].

در یک مطالعه فراتحلیل مبنی بر مقایسه درمان شناختی - رفتاری با درمان‌های دیگر، نتایج نشان داد، مزیت دارودرمانی به هزینه کم‌تر و سرعت پاسخ به درمان و اثربخشی سریع‌تر آن روی علائم جسمانی و خلقی می‌باشد. اما درمان شناختی - رفتاری، تاثیرات عمیقی بر ساختار شناخت و نظام پردازش شناختی و هیجانی عمیق بیمار از خود باقی می‌گذارد [۱۱]. انجام این مطالعه با توجه به شیوع بالای افسردگی [۳]، بالا بودن نرخ این بیماری در ایران [۴-۶]، هماهنگ نبودن نتایج تحقیقات انجام شده در درمان افسردگی اساسی [۱۲، ۱۳]، تاثیر متغیرهای فرهنگی در سبب‌شناسی و درمان

نتایج

در این تحقیق، تعداد ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، در چهار گروه مساوی شامل سه گروه مداخله و یک گروه شاهد ($n=14$)، مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج تحلیل شاخص‌های جمعیت‌نگاشتی نشان داد، میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه درمان‌شناختی-رفتاری $36/39 \pm 6/75$ ، میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه دارودرمانی $34/39 \pm 7/34$ ، میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه ترکیبی $36/80 \pm 6/94$ و میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه شاهد $38/20 \pm 6/40$ بود. از نظر آماری، تفاوت سنی بین گروه‌ها، در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ($P=0/79$). میانگین سطح تحصیلی آزمودنی‌های شرکت در این تحقیق، در سطح دیپلم بود. از نظر آماری، تفاوت سطح سواد بین گروه‌ها، در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ($P=0/73$). میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون بک گروه‌های مورد مطالعه، در دو مرحله قبل و بعد در جدول ۱، بیان‌گر تغییر بیش‌تر نمره افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشد.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که، بین اختلاف میانگین‌های نمرات آزمون افسردگی بک در گروه‌های درمان‌شناختی-رفتاری، دارودرمانی و درمان ترکیبی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/001$). با توجه به این که هدف این بررسی، مقایسه سه روش درمانی و در نهایت مقایسه این سه روش درمانی با گروه کنترل بوده است، برای بررسی فرضیه‌های فرعی تحقیق و بررسی این که تفاوت به دست آمده بین گروه‌های درمانی چگونه است، از مقایسه‌های زوجی استفاده شده است. در جدول ۲، تفاوت نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در هر یک از روش‌های درمانی و مقایسه آن با گروه کنترل نشان داده شده است.

روان‌شناس، نسبت به قطع درمان اقدام و مایل به دریافت هیچ یک از درمان‌های پیشنهادی روان‌شناسی و روان‌پزشکی نبودند. این بیماران در گروه شاهد قرار داده شدند.

در آغاز مطالعه، کلیه بیماران نسبت به تکمیل پرسش‌نامه جمعیت‌نگاشتی و پرسش‌نامه افسردگی بک اقدام نمودند و نمره افسردگی آنان مشخص گردید. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)، دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علائم و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژیک افسردگی است. نمره آزمودنی در این پرسش‌نامه بین ۶۳ تا ۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است. در مطالعات مختلفی اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴، ۱۵]. در پایان مداخله، کلیه بیماران مجدداً نسبت به تکمیل پرسش‌نامه افسردگی بک اقدام نمودند.

درمان‌ها

الف) درمان رایج (Medication therapy, MT): بیماران این گروه، به درمان رایج خود بدون هیچ گونه مداخله‌ای ادامه دادند (داروی ضد افسردگی توسط روان‌پزشک). جلسات مداخله دارویی بر اساس پروتکل درمان دارویی و نظر انجمن روان‌پزشکی امریکا انجام شد [۱].

ب) گروه دوم درمان‌شناختی-رفتاری (Cognitive behavioral therapy, CBT): جهت اجرای درمان شناختی-رفتاری، طبق پروتکل درمان شناختی-رفتاری اقدام شد. منظور از درمان شناختی-رفتاری در این پژوهش، اجرای ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته درمان شناختی-رفتاری طبق نظریه بک می‌باشد. این روش درمانی از شناخته‌ترین روش‌های درمان افسردگی است که در ایران و جهان به کار می‌رود [۱۶].

ب) گروه سوم درمان‌شناختی-رفتاری و درمان دارویی (CBT+MT): به بیماران این گروه، علاوه بر درمان دارویی، درمان شناختی طبق نظریه بک را نیز دریافت نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار spss16 و با استفاده از تحلیل کوواریانس و مقایسه‌های زوجی استفاده شده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیارنمرات افسردگی گروه‌های درمانی، قبل و بعد از درمان

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه‌ها	
۹/۴	۶/۳۶	۱۴	درمان شناختی - رفتاری	پیش آزمون (قبل مداخله)
۵۶/۴	۷/۳۸	۱۴	دارو درمانی	
۴/۳	۳۵	۱۴	درمان ترکیبی (ارائه توام درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی)	
۵/۵	۶/۳۴	۱۴	گروه کنترل	
۱/۴	۶/۱۸	۱۴	درمان شناختی - رفتاری	پس آزمون (بعد مداخله)
۷/۱	۳/۲۰	۱۴	دارو درمانی	
۳/۴	۱/۱۵	۱۴	درمان ترکیبی (ارائه توام درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی)	
۶/۵	۸/۲۶	۱۴	گروه کنترل	

جدول ۲. مقایسه زوجی تفاوت میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه بعد از درمان

سطح معناداری	خطای انحراف میانگین	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
۰/۳۰	۱/۵۷	-۱/۶۴	دارو درمانی	درمان شناختی - رفتاری
۰/۰۳	۱/۵۷	۳/۵۰	درمان ترکیبی	
۰/۰۰۱	۱/۵۷	-۷/۱۴	گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۵۷	-۵/۱۴	درمان ترکیبی	دارو درمانی
۰/۰۰۱	۱/۵۷	۵/۵۰-	گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۵۷	۱۰/۶۴-	گروه کنترل	درمان ترکیبی (ارائه توام درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی)

جدول ۲ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمره افسردگی گروه دریافت‌کننده درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و درمان ترکیبی، با میانگین نمره افسردگی گروه شاهد از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0/001$). نتایج هم‌چنین نشان داد که، بین اختلاف میانگین‌های دو گروه درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/30$). به طور کلی، مشاهده اختلاف میانگین‌ها، بیان‌گر برتری به کارگیری درمان ترکیبی (ارائه توام درمان دارویی با درمان شناختی - رفتاری)، نسبت به سایر درمان‌ها، بر درمان افسردگی می‌باشد ($P=0/001$).

موسط تا شدید، دارودرمانی را بر درمان شناختی ترجیح می‌دهند [۱]. بعضی از محققان این نوع تعبیر را مورد سؤال قرار داده‌اند و برخی از شواهد نیز نشان می‌دهند که اثرات مثبت درمان شناختی بر خلاف دارودرمانی سال‌ها پس از اتمام درمان نیز ادامه می‌یابند [۲۰، ۱۹]. نتایج این تحقیق، نشان داد که بین میانگین‌های نمرات افسردگی بک در بیماران تحت درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین این پدیده Jonghe [۲۱] عنوان نمود که هر دو این روش‌ها، دارای کارآمدی لازم در درمان افسردگی می‌باشند و آنچه بیش از نوع درمان اهمیت دارد، تخصص درمان‌گران در اجرای بهینه روش‌های فوق می‌باشد. نتایج برخی تحقیقات دیگر نیز در راستای نتایج مطالعه حاضر، بیان‌گر عدم اختلاف معنی‌دار بین این دو روش درمانی بر درمان افسردگی می‌باشد. نتایج تحقیق Thase [۲۲] و Paykel [۲۳]، نیز نشان داد هر دو روش درمان

میانگین نمره افسردگی گروه دریافت‌کننده درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و درمان ترکیبی، با میانگین نمره افسردگی گروه شاهد از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0/001$). نتایج هم‌چنین نشان داد که، بین اختلاف میانگین‌های دو گروه درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/30$). به طور کلی، مشاهده اختلاف میانگین‌ها، بیان‌گر برتری به کارگیری درمان ترکیبی (ارائه توام درمان دارویی با درمان شناختی - رفتاری)، نسبت به سایر درمان‌ها، بر درمان افسردگی می‌باشد ($P=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌های پیشین شواهد مختلفی را در زمینه اثربخشی درمان دارویی اختلال افسردگی ارائه کرده‌اند [۱۸، ۱۷]. راهنمای درمانی روان‌پزشکی، در درمان اختلال افسردگی

و روان‌پزشکان را در درمان افسردگی اساسی یادآوری می‌نماید [۲۸].

محدودیت اصلی این بررسی، وجود متغیرهای مخدوش‌کننده زمینه‌ای نظیر عدم وجود محیط مناسب فیزیکی برای انجام مداخلات، تعداد کم جلسات درمانی، وجود عوامل استرس‌زای ثانویه و تفاوت‌های بیولوژیک افراد که ممکن است به صورت تصادفی در یک گروه تجمع بیش‌تری داشته باشند، بوده است. علاوه بر آن، در این مطالعه استفاده از پلاسبو مقدور نبوده و آزمودنی‌ها نسبت به نوع مداخلات آگاه بوده و مداخله از این نظر Blind نیست.

پیشنهاد می‌شود، محققین بعدی با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت و سطح سواد، نسبت به مقایسه درمان‌های دارویی با سایر درمان‌های شناختی-رفتاری مانند درمان مبتنی بر نظریه تیزدل، ذهن آگاهی و... در درمان افسردگی اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام شد. از مساعدت کلیه افراد و خانواده‌هایی که ما را در به انجام رساندن این بررسی یاری نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاریم.

منابع

- [1] DSM-IV-TR. 4th Edition Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- [2] World Health Organization (WHO). ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems (10th edition). Geneva, SR: World Health Organization (WHO); 1992.
- [3] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 528.
- [4] Mohammadi MR, Rahgozar M, Mesgarpour B, Zandi A, Vosough F. Epidemiology of psychiatric disorders in Hormozgan province. 2001. Med j Hormozgan Uni 2004; 7: 187-196. (Persian).
- [5] Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:1-16.
- [6] Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri yazdi A, Naghavi HR, Pour etemad HR, Amini H, et al. Epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran province. Andeesheh va Raftar 2003; 9: 4-14. (Persian).
- [7] Robertson D. the Philosophy of Cognitive-Behavioral Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London: Karnac. 2010.
- [8] Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.

شناختی- رفتاری و دارودرمانی به یک اندازه باعث درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌گردند، اگر چه سرعت درمان دارویی در درمان افسردگی اساسی نسبت به درمان شناختی- رفتاری بیش‌تر است، اما پیگیری نتایج درمان نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری به علت تاثیر مثبت بر نتایج درمان شناختی- رفتاری نسبت به دارودرمانی پایدارتر می‌باشد. به اعتقاد پژوهشگر، تاثیر روش درمانی شناختی- رفتاری بر درمان افسردگی اساسی این است بیماران با استفاده از روش‌های مورد استفاده در این درمان هم‌چون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، توانستند به شناخت بهتر از افکار خود و رویارویی مناسب‌تر با احساسات خود نائل شوند و یافته‌های Chichester [۲۴]، Hollon [۱۹] نیز تائیدکننده این ادعاست. علاوه بر آن، رویکرد شناختی معتقد است افسردگی اغلب به وسیله‌ی تفکر سوگیرانه افراطی تداوم می‌یابد و از راه تحریف در پردازش اطلاعات، شدت می‌یابد و درمان‌های شناختی این مسیر نادرست فکری را اصلاح می‌نماید [۱۶].

یافته‌های این تحقیق هم‌چنین نشان داد که بین اختلاف میانگین نمره افسردگی گروه دریافت‌کننده درمان ترکیبی (استفاده توأم از دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری)، با میانگین نمره افسردگی سایر گروه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این بخش از تحقیق هم‌سو با نتایج تحقیق Paykel [۲۵] و Hollon [۲۶]، Jonghe [۲۱] و Scott [۲۷] حاکی از آن است که ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی مؤثرترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی است.

یافته‌های مطالعه حاضر هم‌چنین نشان داد، بین اختلاف میانگین نمره افسردگی کلیه گروه‌های مداخله، با اختلاف میانگین نمره افسردگی گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). لذا یافته‌های این قسمت از تحقیق، با تاکید بر نقش توأم عوامل محیطی و زیستی در پدیدایی افسردگی اساسی، همکاری بیش‌تر از پیش روان‌شناسان

associated with remission in unipolar major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 184-194.

[19] Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *PSPI* 2002; 3: 39-77.

[20] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1872-1876.

[21] de Jonghe F, Hendricksen M, van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37-45.

[22] Thase ME, Simons AD, Cahalane J, McGary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 784-789.

[23] Paykel ES. Continuation and maintenance therapy in depression. *Br Med Bull* 2001; 57: 145-159.

[24] Chichester JW. Treating anxiety and stress, A group psycho-educational approach using. *Brief CBT Chichester: Wiley*, 2000; 48.

[25] Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 131-16.

[26] Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy of depression: conceptual issues and clinical efficacy. *J Consul Clin Psychol* 1993; 61: 270-275.

[27] Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 221-227.

[28] Minami T, Wampold BE. Adult psychotherapy in the real world. In B.W. Walsh (Ed.), *Biennial review of counseling psychology*. New York: Routledge. 2008.

[9] Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York, NY: Harper and Row; 1967.

[10] Bowers WA. Treatment of depressed in-patients: cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 73-78.

[11] Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68: 159-165.

[12] DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1007-1013.

[13] Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 417-422.

[14] Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.

[15] Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin D. Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults. *J Clin Psychol* 1988; 44: 853-857.

[16] Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment Manual* (3rd Ed.) New York: Guilford Press. 2001; 264-309.

[17] Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders--review of structural neuroimaging studies. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 86-106.

[18] Holthoff VA, Beuthien-Baumann B, Zundorf G, Triemer A, Lüdecke S, Winiacki P, et al. Changes in brain metabolism

Archive of SID

Effects of cognitive therapy, drug therapy and combined therapy in improvement of major depression

Namat Sotodeh Asl (Ph.D)¹, Behnaz Behnam*(M.D)¹, Raheb Ghorbani (Ph.D)²

1 - Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 - Dept. of Statistic, and Physiology Research Center, Faculty of Medicine, semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 11 Dec 2010 Accepted: 29 May 2011)

Introduction: Major depression is one of the most common psychological disorders that exert a high impact on the life of patients and their families. There are many treatment methods for depression. The purpose of the present study was to determine the effects of cognitive-behavior therapy and drug therapy on improvement of major depression.

Materials and Methods: This clinical trial was performed in Semnan (Iran) in 2008. 56 Patients with major depression were selected and assigned into 4 groups. All of the patients completed the Beck test and a demographic questionnaire before start of interventions as pre test. The post test was completed after the end of intervention.

Results: Findings showed that all of the methods have significant effects on improvement of depression, but combined therapy (cognitive behavioral therapy + drug therapy) is the best ($P < 0/05$).

Conclusion: According to findings of this work, we suggest that team work approach consists of psychologists and heart Psychiatrists can be suggested for treatment of the patients with depression.

Key words: Major depression, Cognitive-behavior therapy, Drug therapy, Depressive disorder

* Corresponding author: Fax: +98 2313341449 ; Tel: +98 231 3328302
behnamfar46@yahoo.com