مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی– رفتاری، فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت علایم افسردگی اساسی زنان*

اصغر آقایی[1]، داریوش جلالی[2]، مجتبی امین زاده[3]

چکیده

زمینه و هدف: روش‌های متنوعی جهت درمان افسردگی وجود دارد. این مطالعه با هدف مقایسه اثر بخشی سه روش روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری، داروی ضد افسردگی فلوکستین و داروی گیاهی هایپیران در درمان افسردگی زنان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش آزمایشی و با انتخاب تصادفی ۴۵ آزمودنی زن، که با پرسش‌نامه سنجش میزان افسردگی و بر اساس ملاک‌های DSM- IV توسط روان‌پزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند، انجام شد. نمونه‌های تشخیص‌گذاری شده به عنوان افسرده اساسی، در سه گروه آزمایش گمارده شدند؛ گروه تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه تحت درمان با داروی فلوکستین و گروه تحت درمان با داروی گیاهی هایپیران. نمرات قبل و بعد از مداخله و مرحله پیگیری در هر سه گروه جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری کواریانس، واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه میانگین‌ها نشان داد که بین میزان اثر بخشی سه روش درمانی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). نتایج آزمون شفه نیز بیانگر آن بود که درمان گروهی شناختی- رفتاری از هایپیران مؤثرتر است، در حالی که بین اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری با فلوکستین و فلوکستین با هایپیران تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). پایداری نتایج درمان در مطالعه پیگیری نیز تأیید شد، البته بین میزان پایداری روش‌های درمانی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش مؤید اثر بخشی سه روش درمان افسردگی بودند. به خصوص برتری درمان گروهی شناختی- رفتاری در مقایسه با هایپیران در مرحله پس‌آزمون و نسبت به فلوکستین و هایپیران در مرحله پیگیری تأیید شد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی اساسی، زنان، درمان گروهی شناختی- رفتاری، فلوکستین، هایپیران.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۸۷/۱۱/۱۷ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۲۵

مقدمه

بر اساس برخی مطالعات دامنه شیوع افسردگی اساسی در جوامع ۲/۲ تا ۳/۵ درصد و در آمریکا ۵/۴ تا ۸/۹ گزارش شده است (۱). شیوع افسردگی در بین زنان دو برابر مردان و گاهی تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۴-۲). در ایران نیز شیوع

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) E-mail: aghaeia@yahoo.com
۲- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- روان‌پزشک، بیمارستان آیت ا... کاشانی، شهرکرد، ایران.
* این طرح با شماره ۳۲۶۹ در دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۴ به تصویب رسیده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

اختلالات خلقی به ویژه در بین زنان بالاتر از سایر اختلالات گزارش شده است (۵).

در طول چند دهه گذشته شیوه‌های متنوعی برای درمان افسردگی به کار رفته است. اما در خصوص میزان اثر بخشی، مزایا و معایب هر کدام از این روش‌ها توافق کامل وجود ندارد. یکی از مشکلات گریبان‌گیر درمانگران و به طبع آن دامن‌گیر مراجعان، عدم قطعیت در خصوص میزان اثر بخشی شیوه‌های درمانی جهت انتخاب است. در سال‌های اخیر برخی پژوهشگران ایده مراقبت مدبرانه را پیش کشیده و لزوم بررسی درمان از جوانب مختلف را مطرح ساخته‌اند. به زعم آن‌ها، در انتخاب درمان، میزان اثر بخشی، هزینه‌های اقتصادی، عوارض جانبی ناشی از به کارگیری و نرخ پاسخ‌گویی به درمان باید ملاک ارزیابی قرار گیرند (۶). داشتن آگاهی کافی از مزایا، معایب و میزان اثر بخشی هر کدام از روش‌های درمانی موجب می‌شود که درمانگر در انتخاب روش درمانی خود با توجه به شرایط قبل و یا حین درمان گزینه‌های بیشتری در اختیار داشته باشد (۷). البته در این مطالعه تنها مقایسه میزان اثر بخشی سه روش درمانی بررسی شد ولی جنبه‌های دیگر درمان مدبرانه که در بالا به آن اشاره شد، مورد بررسی قرار نگرفت.

داروی ضد افسردگی فلوکستین که اولین بار در سال ۱۹۸۸ به بازار عرضه شد، در طول دو دهه از حمایت بالینی و پژوهشی مناسبی برخوردار بوده است (۹، ۸). فلوکستین باعث کاهش بازجذب سروتونین توسط سلول‌های پیش سیناپسی شده، از این طریق غلظت سروتونین را افزایش می‌دهد (۱۰). بعد از مصرف مقدار اولیه دارو، سطح خونی فلوکستین بین ۶ تا ۸ ساعت به سقف سطح پلاسمایی می‌رسد (۱۱). بارزترین ویژگی فلوکستین این است که در مقایسه با سایر داروهای ضد افسردگی، کمترین رخوت را به وجود می‌آورد (۱۲). هر چند فلوکستین مؤثرترین داروی درمان افسردگی شناخته می‌شود، ولی برخی عوارض جانبی مانند سراسیمگی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی در اثر مصرف آن گزارش شده است (۸).

مصرف داروهای گیاهی نیز طی سال‌های اخیر به عنوان داروی مکمل و جایگزین، اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ چرا که داروهای گیاهی به صورت بالقوه، پتانسیل و آمادگی لازم جهت تعامل با سایر تجویزهای پزشکی را دارند (۱۳). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که برخی از داروهای گیاهی مثل افشره پرتقال و عصاره آبی گل گاو زبان در کاهش علایم افسردگی مؤثر هستند و به طور تقریبی تأثیری هم‌تراز داروهای ضد افسردگی نظیر ایمی‌پرامین و فلوکستین دارند (۱۶-۱۴). هایپیران نیز از جمله داروهای گیاهی است که خواص ضد افسردگی دارد. این دارو از عصاره هیدروالکلی گیاه علف چای به دست می‌آید و حاوی ۰/۲۵ میلی‌گرم هایپریکوم است. گیاه هایپریکوم به دلیل داشتن هایپریسین و فلاونوییدها دارای اثرات آرام‌بخش، مسکن و ضد اضطراب می‌باشد. آزمایش بر روی موش‌ها نشان داده است که مکانیسم عمل هایپیران در درمان افسردگی، از طریق ایجاد وقفه در بازجذب سروتونین و آزاد سازی دوپامین صورت می‌گیرد (۱۸، ۱۷). مطالعات انسانی نیز مبین آن است که هایپیران در درمان افسردگی، اضطراب و کاهش سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است (۱۹، ۱۳). در واقع، هایپیران از طریق مهار آنزیم منوآمین‌اکسیداز موجب بروز اثر ضد افسردگی می‌گردد. از این رو، برخی مطالعات نحوه عمل هایپیران بر روی افسردگی را مشابه فلوکستین گزارش کرده‌اند (۲۰، ۱۳).

درمان شناختی- رفتاری نیز یک روش درمانی دو رگه است که از دو شیوه رفتار درمانی و درمان شناختی امتزاج یافته است. در رویکرد درمانی شناختی- رفتاری، قسمت عمده درمان بر اساس رویکرد این جا و اکنون صورت می‌گیرد و هدف عمده درمان این است که درمانجو به نحوی بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود پدید آورد (۲۱). این روش درمانی در کمال سازمان یافتگی و جهت‌بخشی است، مسأله مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات است و نه منشأ آن‌ها (۲۲). از ویژگی‌های این روش درمانی می‌توان کاربرد تکالیف منزل و پایین بودن احتمال برگشت افسردگی را نام برد (۲۴، ۲۳). اجرای درمان شناختی- رفتاری به صورت گروهی نیز به لحاظ صرفه‌جویی در وقت، هزینه و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

همچنین امکان بازخورد اعضای گروه از همدیگر یکی از روش‌های مورد علاقه درمانگران محسوب می شود (۲۵). به طور کلی، موفقیت درمان شناختی- رفتاری برای درمان اختلالات روانی ۶۵ درصد و یا حتی بیشتر گزارش شده است. با این وجود، انتقادهای ظریفی از میزان تأثیر و ادعا در مورد اثر بخشی آن صورت گرفته است (۲۶).

مطالعات متعددی در خصوص مقایسه میزان اثر بخشی شیوه‌های درمان افسردگی انجام شده است. روی هم رفته، یافته‌های پژوهشی میزان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری را بالاتر از دارو درمانی و حداقل هم‌تراز دارو درمانی و همچنین میزان اثر بخشی هایپیران را هم‌عرض فلوکستین گزارش کرده‌اند (۳۱-۲۷). اما پژوهشگر تا زمان انجام تحقیق، به مطالعه‌ای پیرامون مقایسه اثر بخشی شیوه‌های روان درمانی با داروهای گیاهی و به خصوص مقایسه سه روش مورد نظر این مطالعه (روان درمانی، دارو درمانی و گیاه درمانی) دسترسی پیدا نکرد. پیش‌بینی می‌شود با توجه به یافته‌های پژوهشی، درمان گروهی شناختی- رفتاری نسبت به فلوکستین و هایپیران از اثر بخشی بالاتری برخوردار باشد و داروی هایپیران نیز به خوبی فلوکستین موجب کاهش شدت علایم افسردگی اساسی گردد. به هر حال، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه میزان اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری، داروی ضد افسردگی فلوکستین و هایپیران انجام گردید و نتایج پژوهش پس از یک دوره ۱۰۰ روزه پیگیری شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس‌آزمون بدون گروه شاهد همراه با پیگیری بود. نمونه مورد نظر تحقیق از بین زنان منطقه هفشجان (توابع شهرکرد) بود که طی بررسی اولیه با استفاده از پرسش‌نامه سنجش میزان افسردگی به عنوان افراد افسرده اساسی شناخته شده بودند. به روش تصادفی ساده از بین تعداد ۶۱ آزمودنی فوق، ۴۹ نفرکه از این پرسش‌نامه نمره‌ای بالاتر از ۵۳ کسب کرده (نقطه برش برای افسردگی اساسی شدید معرفی شده)، از طریق مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای DSM- IV تشخیص افسردگی اساسی دریافت کرده و حایز سایر شرایط ورود به مطالعه نیز بودند انتخاب و در دو گروه ۱۶ نفره و یک گروه ۱۷ نفره آزمایشی گمارده شدند. شرایط ورود به مطالعه داشتن حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال، تحصیلات حداقل سیکل و حداکثر لیسانس، نداشتن بیماری طبی مزمن، عدم حاملگی و اعلام رضایت کتبی برای شرکت در درمان بود. شرایط خروج از مطالعه نیز مشتمل بر حاملگی در حین درمان، عدم حضور ۲ جلسه متوالی در گروه درمان شناختی- رفتاری، قطع دارو در گروه فلوکستین و هایپیران بود. با توجه به خروج ۴ آزمودنی از سه گروه، تجزیه و تحلیل نهایی بر روی تعداد ۴۵ آزمودنی انجام شد. در مرحله پیگیری نیز ۴ آزمودنی به علت عدم دسترسی و مراجعه مجدد به متخصص از مطالعه کنار گذاشته شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مرحله بر روی ۴۱ نفر آزمودنی انجام شد (در فاصله ۱۰۰ روز که مطالعه پیگیری انجام شد، آزمودنی‌ها هیچ‌گونه مداخله‌ای اعم از مشاوره یا داروی دیگری دریافت نکردند). شایان ذکر است به دلیل محدودیت‌های اخلاقی در درمان، انتخاب گروه دارونما در این طراحی ممکن نبود.

ابزار سنجش

الف) پرسش‌نامه سنجش میزان افسردگی: این پرسش‌نامه توسط کاویانی، جهت اندازه‌گیری افسردگی متناسب با هنجارهای محیط فرهنگی ایران در انستیتو روان‌پزشکی تهران تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش است که بر اساس علایم مختلف افسردگی تنظیم شده است. پرسش‌های این پرسش‌نامه متناظر با گویه‌های پرسش‌نامه افسردگی بک طراحی شده‌اند و تمامی گویه‌های پرسش‌نامه افسردگی بک را پوشش می‌دهند. در مقابل هر پرسش، ۴ گزینه قرار دارد که به ترتیب شدت علامت را نشان می‌دهد. به گزینه «الف» نمره ۰، به گزینه «ب» نمره ۱، به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

گزینه «ج» نمره ۲ و به گزینه «د» نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نقاط برش ۲۱ و ۵۳ به ترتیب برای سلامتی و افسردگی خفیف تا متوسط و بالاتر از آن برای افسردگی شدید پیشنهاد شده است. مطالعه مقدماتی روی این پرسش‌نامه ضریب پایایی ۰/۷۰ و روایی ۰/۷۳ را نشان داده است (۳۲). جلالی و همکاران پایایی پرسش‌نامه را ۰/۸۴ و روایی سازه آن را، با استفاده هم زمان با فرم ۲۱ سؤالی پرسش‌نامه افسردگی بک، ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۳). در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه پس از اجرای مقدماتی توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی سازه آن با استفاده هم زمان فرم ۲۱ سؤالی پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۷۹ به دست آمد. روایی محتوای پرسش‌نامه نیز توسط سه نفر متخصص (یک نفر روان‌پزشک، یک نفر روان‌شناس و یک نفر روان‌سنج) تأیید شد.

ب) مصاحبه روانی: مصاحبه روانی به صورت نیمه ساختار یافته و بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی مطابق DSM- IV و افتراق آن از سایر اختلال‌های خلقی از جمله اختلال افسرده خلقی، دوره‌های شیدایی (مانیا) و شیدایی خفیف (هیپومانی) و اختلال افسردگی ناشی از مواد توسط روان‌پزشک انجام شد.

گروه‌های آزمایش، مداخلاتی به شرح زیر دریافت کردند که عبارت است از:

گروه اول، آزمودنی‌های گروه دریافت کننده مداخله روان‌شناختی: طی ۱۵ جلسه یک و نیم ساعته به صورت هفتگی، تکنیک‌های شناختی- رفتاری را به صورت گروهی مطابق اصول کلی درمان شناختی- رفتاری و با توجه به منابع در دسترس، به ویژه کتاب رفتار درمانی شناختی Howton و همکاران، طبق پروتکل زیر دریافت کردند (۳۴). در جلسه اول درمانگر و اعضا خود را معرفی کردند و درمانگر در رابطه با اهداف روان درمانی گروهی و اصول گروه درمانی توضیح داد. در جلسه دوم علایم افسردگی و سبب شناسی آن در گروه مورد بحث قرار گرفته، در خصوص احساسات و تأثیر احساسات بر روی خلق نیز گفتگو شد. در جلسه سوم در خصوص احساس‌های ناخوشایند آنان صحبت شد و به کمک اعضا، افکار خودآیند منفی همراه با احساس‌های ناخوشایند کشف گردید. در جلسه چهارم تا پانزدهم اصول ABCD به افراد آموزش داده شد. A: حوادثی که اتفاق افتاده است، B: عقاید نسبت به آن حادثه، C: پیامدهای این شیوه فکر کردن، D: بحث کردن با عقاید غیر منطقی.

آزمودنی‌های *گروه دوم* طی ۶ ماه با نظر روان‌پزشک و بسته به شدت افسردگی روزانه بین۲۰ تا ۴۰ میلی‌گرم تحت درمان با فلوکستین و آزمودنی‌های *گروه سوم* نیز با نظر روان‌پزشک به مدت ۶ ماه، روزانه ۲ تا ۳ نوبت و هر نوبت ۲ تا ۳ قاشق تحت درمان با داروی گیاهی هایپیران قرار گرفتند. درمان گروهی شناختی- رفتاری توسط روان‌شناس آموزش داده شد. درمان دارویی (فلوکستین و هایپیران) توسط روان‌پزشک که هیچ کدام از هدف درمان و جریان پژوهش اطلاع نداشتند و ارزیابی گروه‌های آزمایش توسط محقق بدون آگاهی از عضویت اعضا، از گروه‌ها انجام شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش نیز از نرم‌افزار $SPSS_{۱۳}$ استفاده شد. میانگین، انحراف استاندارد و اختلاف میانگین در سطح توصیفی مورد استفاده قرار گرفت و از آزمون‌های واریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در مرحله پیش آزمون، از تحلیل کواریانس به منظور کنترل نمرات پیش آزمون، سن آزمودنی‌ها و مقایسه میانگین گروه‌ها و از آزمون‌های تعقیبی شفه جهت مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های مورد مطالعه در دامنه سنی ۴۳-۱۸ سال با میانگین ۷/۳۷ ± ۲۸/۲۴ بودند. از نظر وضعیت تحصیلی ۳۵/۶ درصد نمونه زیر دیپلم، ۵۵/۶ درصد دیپلم و ۸/۸ درصد هم تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۷۱/۱ درصد نمونه متأهل و ۲۸/۹ درصد مجرد بودند. نتایج تحلیل واریانس در مورد سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات تفاوت معنی‌داری بین نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مرحله پیش آزمون نشان نداد.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش

شاخص	مرحله پیش آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه شناختی- رفتاری	۶۷/۸	۶/۸۱	۲۵/۸۶	۶/۱۹	۲۴/۶۱	۵/۵۴
گروه فلوکستین	۶۵/۹۳	۹/۳۲	۲۹/۸	۷/۵	۳۳	۶/۸۲
گروه هایپیران	۶۶/۸	۹/۹۹	۳۶/۵	۱۱/۳۶	۳۵/۵۷	۶/۱۹

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش را طی مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. میانگین سه گروه در مرحله پیش آزمون با همدیگر تفاوت اندکی داشت؛ به طوری که میانگین گروه شناختی- رفتاری از میانگین گروه هایپیران ۱ و از گروه فلوکستین ۱/۸۷ بیشتر و گروه هایپیران ۰/۸۷ از گروه فلوکستین بالاتر بوده است. البته نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت بین سه گروه معنی‌دار نبوده است (P > ۰/۰۵). همچنین در مرحله پس‌آزمون و بعد از درمان گروه‌ها، میانگین نمرات هر سه گروه کاهش یافت و از میانگین نمرات گروه شناختی- رفتاری ۴۱/۹۴، گروه فلوکستین ۳۶/۱۳ و گروه هایپیران ۳۰/۸ کاسته شد. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات گروه شناختی- رفتاری نسبت به مرحله پس‌آزمون ۱/۲۵ کاهش، میانگین نمرات گروه فلوکستین نسبت به مرحله پس‌آزمون ۳/۲ افزایش و میانگین نمرات گروه هایپیران نسبت به مرحله پس‌آزمون ۰/۹۳ کاهش یافت. در ضمن نتایج t وابسته برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه نشان داد که پس از انجام مداخلات درمانی، کاهش معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی گروه‌ها به وجود آمده است (P < ۰/۰۱).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افسردگی سه گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشته است؛ به طوری که پس از کنترل تأثیر مداخله متغیرهای قابل کنترل مانند نمرات پیش آزمون و سن تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار بوده است (P = ۰/۰۲۸ ،F = ۳/۹۳) و ضریب اتا برابر با ۰/۴۹ می‌باشد یعنی ۴۹ درصد تفاوت مشاهده شده مربوط به شیوه‌های مختلف مداخله‌ای است. لذا، فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت در اثر بخشی روش‌های درمانی تأیید می‌شود.

نتایج آزمون تعقیبی توکی نیز نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه درمان شناختی- رفتاری ۱۰/۱۳ از میانگین نمرات افسردگی هایپیران کمتر بوده و اثر بخشی آن به صورت معنی‌داری بالاتر بوده است (P = ۰/۰۰۷). ولی هر چند میانگین نمرات افسردگی گروه شناختی- رفتاری از میانگین گروه فلوکستین ۳/۹۳ کمتر بوده، ولی این تفاوت معنی‌دار نبوده است (P = ۰/۴۳۳). میانگین نمرات افسردگی گروه فلوکستین نیز ۶/۲ از میانگین نمرات افسردگی گروه هایپیران کمتر بوده، اما این تفاوت معنی‌داری نبوده است (P = ۰/۱۳۳).

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش پس از انجام مداخلات

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
پیش آزمون	۷۷/۳	۱	۷۷/۳	۱/۰۱۶	۰/۳۲۰	۰/۳۶۵
سن	۱۰/۱۷	۱	۱۰/۱۷	۰/۱۳۴	۰/۷۱۷	۰/۰۸۵
مداخلات درمانی	۵۹۸/۲۲۴	۲	۲۹۹/۱۱۲	۳/۹۳	۰/۰۲۸*	۰/۴۹

* P < ۰/۰۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]

www.mui.ac.ir

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش در مرحله پیگیری

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۲/۴۷	۱	۱۲/۴۷	۰/۳۱	۰/۵۸۱	۰/۳۸۲
سن	۱۰/۹	۱	۱۰/۹	۰/۲۷۱	۰/۶۰۶	۰/۰۱۲
مداخلات درمانی	۷۱۸/۰۹	۲	۳۵۹/۰۴	۸/۹۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۶۹

* P < ۰/۰۵

نتایج جدول ۳ حاصل از تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افسردگی سه گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز تفاوت معنی‌دار وجود داشته است؛ به طوری که پس از کنترل تأثیر نمرات پیش آزمون و سن تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار بوده است (F = ۸/۹۱، P = ۰/۰۰۱) و ضریب اتا نیز ۰/۴۷ می‌باشد یعنی ۴۷ درصد از تفاوت مربوط به شیوه‌های مداخله‌ای می‌باشد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر پایداری اثر بخشی روش‌ها در مرحله پیگیری نیز تأیید می‌شود. با توجه به این که در مرحله پیگیری تعداد آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش به علت ریزش کاهش یافت و تعداد گروه‌ها متفاوت شد، لذا در مرحله پیگیری تجزیه و تحلیل بر روی ۴۱ آزمودنی با استفاده از آزمون تعقیبی شفه صورت گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه درمان شناختی- رفتاری از میانگین نمرات افسردگی گروه هایپیران به طور معنی‌داری متفاوت بود (P = ۰/۰۰۱). میانگین نمرات افسردگی گروه شناختی- رفتاری از میانگین گروه فلوکستین نیز به طور معنی‌داری تفاوت داشت (P =۰/۰۰۵). همچنین میانگین نمرات افسردگی گروه تحت درمان با فلوکستین از میانگین نمرات افسردگی گروه با درمان هایپیران کمتر بوده، اما تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد (P = ۰/۵۵۶).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی انجام این پژوهش مقایسه اثر بخشی سه روش درمان افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی بود. چون در این پژوهش امکان استفاده از گروه شاهد و دارونما فراهم نگردید، نمی‌توان مستقیم و به صراحت در مورد تأثیر روش‌های درمانی قبل و بعد از مداخلات صحبت کرد. اما با توجه به کاهش قابل ملاحظه میانگین نمرات هر سه گروه آزمایش پس از انجام مداخلات و نتایج به دست آمده از آزمون t وابسته، که نشان داد در هر سه گروه پس از انجام مداخلات کاهش معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی به وجود آمده است، می‌توان تأثیر هر سه روش درمانی را در کاهش شدت علایم افسردگی اساسی آزمودنی‌ها مطرح نمود. البته میزان کاهش میانگین نمرات افسردگی در گروه شناختی- رفتاری بیش از دو گروه فلوکستین و هایپیران بود، هر چند کاهش میانگین نمرات گروه شناختی- رفتاری تنها با گروه هایپیران معنی‌دار بود و با گروه فلوکستین معنی‌دار نبود. برخی پژوهش‌های قبلی نیز میزان اثر بخشی روش درمانی شناختی- رفتاری را حداقل هم‌عرض داروهای ضد افسردگی گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال، Casacalenda و همکاران تأثیر روان درمانی و به خصوص درمان شناختی- رفتاری را هم‌تراز درمان دارویی می‌دانند (۳۵). همچنین Casacalenda و همکاران طی یک بررسی دیگر خاطر نشان ساخته‌اند که داروهای ضد افسردگی و روان درمانی مؤثرتر از بی‌درمانی هستند و درمانجویان افسرده طی درمان به وسیله روان درمانی به اندازه دارو درمانی بهبود می‌یابند (۲۹). هر چند در مورد کارایی درمان شناختی- رفتاری غلو شده، ولی کمتر مطالعه‌ای در خصوص برتری درمان دارویی نسبت به درمان شناختی- رفتاری گزارش شده است (۲۶).

نتایج برخی پژوهش‌های دیگر مبین آن است که روان درمانی و به ویژه درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

روش‌های دارویی است. Mclean و Hakstian، با مقایسه اثر بخشی درمان‌های شناختی، روان پویایی، روش آرام سازی و ایمی‌پرامین در درمان افسردگی، گزارش کردند شناخت درمانی نه تنها در مقایسه با دارو درمانی موجب کاهش علایم می‌شود، بلکه طول دوره درمان را نسبت به سه روش دیگر کوتاه‌تر می‌نماید (۲۷). Dobson نیز طی یک فرا تحلیل بسیار جامع و گسترده از نتایج ۲۸ مطالعه مربوط به درمان افسردگی گزارش کردکه تأثیر درمان شناختی بک برای درمان افسردگی مؤثرتر از دارو درمانی و رفتار درمانی و بسیار مؤثرتر از بی‌درمانی است (۳۱).

البته جهت مقایسه میزان اثر بخشی روش درمان گروهی شناختی- رفتاری با داروهای گیاهی و از جمله هایپیران تا زمان انجام این پژوهش، مطالعه‌ای یافت نشد. ولی با توجه به مقایسه‌های انجام شده در خصوص میزان اثر بخشی فلوکستین و سایر داروهای ضد افسردگی با داروهای گیاهی و از جمله هایپیران می‌توان به تبیین خواص داروی هایپیران پرداخت. به خصوص که اغلب یافته‌های پژوهشی از اثر بخشی داروی فلوکستین، چه در مقایسه با دارونما و چه در مقایسه با سایر داروهای ضد افسردگی، دفاع می‌کنند. (۹، ۸). لذا با توجه به نتایج پژوهش، که نشان می‌دهد بین میانگین نمرات افسردگی گروه فلوکستین و هایپیران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، تأثیر هایپیران در کاهش میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌ها تبیین می‌شود. این مطالعات نشان داده‌اند مکانسیم عمل هایپیران می‌تواند به خوبی شبیه مکانسیم عمل فلوکستین بر روی مهار بازجذب سروتونین و ایجاد وقفه در آن و نیز آزاد سازی دوپامین باشد. به این لحاظ، نتیجه این پژوهش با برخی پژوهش‌های قبلی که نشان داده‌اند تأثیر هایپیران هم‌تراز فلوکستین است، همخوانی دارد (۱۳). در کارآزمایی‌های بالینی مختلفی که طی آن تأثیر افشره پرتقال و گل گاو زبان نسبت به داروهای ضد افسردگی ایمی‌پرامین و فلوکستین مقایسه شده، نتایج نشان داده است که داروهای گیاهی به خوبی داروهای ضد افسردگی باعث کاهش شدت علایم افسردگی می‌شوند (۱۶-۱۴).

نتایج پیگیری نیز نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افسردگی هر سه گروه آزمایش در این مرحله (۱۰۰ روزه) با یکدیگر تفاوت وجود دارد. یعنی میزان اثر بخشی و پایداری روش‌های درمان متفاوت بوده است؛ به طوری که میانگین نمرات افسردگی گروه درمان شناختی- رفتاری از میانگین نمرات افسردگی گروه‌های فلوکستین و هایپیران به صورت معنی‌داری پایین‌تر بوده، ولی بین میانگین نمرات گروه درمانی فلوکستین با گروه هایپیران تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که درمان گروهی شناختی- رفتاری بعد از صد روز بیش از دو روش دیگر اثر بخش بوده است. یافته‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد که خطر عود و برگشت در درمان‌های شناختی- رفتاری کمتر از سایر روش‌های درمانی است. به عنوان مثال نتیجه یک پژوهش نشان داده است افراد درمان شده‌ای که تحت آموزش و مراقبت‌های شناختی گروهی قرار می‌گیرند، احتمال عود و بازگشت در آن‌ها نسبت به افرادی که چنین آموزشی دریافت نمی‌کنند به صورت معنی‌داری کمتر است (۲۴). با توجه به منابع و پژوهش‌های‌انجام یافته، برخی از مهم‌ترین ویژگی‌های روش درمان گروهی شناختی- رفتاری که هم موجب کاهش شدت علایم افسردگی و هم پایداری نتایج درمان می‌شود را می‌توان به این شرح برشمرد: ساختار جلسات درمان که به صورت نیمه ساختار یافته به گروه ارائه می‌شود، مقابله با افکار ناکارآمد و توقف افکار خودبه‌خودی، بازسازی و نامگذاری مجدد افکار و باورهای تحریف شده و ناکارآمد، ارایه تکالیف منزل در هر یک از جلسات درمان که موجب درگیری فعالانه بیماران حین جلسات درمان و خارج از جلسات درمان می‌شود، استفاده از تکنیک‌های متنوع شناختی- رفتاری مانند حل مسأله و ...، تأثیر گروه بر روی افراد و تأثیر افراد بر روی یکدیگر (۳۴، ۲۵، ۲۱). چون در حین درمان، طیف وسیعی از مهارت‌های مقابله‌ای به مراجع ارائه می‌شوند و وی به صورت کاملاً فعال در حین درمان و از طریق انجام تکالیف منزل در محیط واقعی زندگی، فرض‌های مهم و ریشه افکار غیر منطقی و مزاحم خود را شناسایی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

تضعیف می‌کند، آسیب پذیری او در مواجهه با دشواری‌ها و مشکلات در برهه‌های آینده کاهش یافته، باعث تخفیف علایم و بهبود بلند مدت اختلال می‌شود (۲۲). با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر بخشی هر سه روش درمان، به خصوص اثر بخشی داروی هایپیران که هم‌عرض فلوکستین و مقداری کمتر از درمان شناختی- رفتاری به دست آمد، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این داروی گیاهی در زمانی که گزینه‌های دیگر درمان امکان پذیر نبوده یا به صرفه نیست، قابل استفاده است (۱۳، ۷).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نقصان تعمیم پذیری یافته‌ها به گروه‌هایی با ویژگی‌های متفاوت از نمونه مورد مطالعه اشاره کرد. با توجه به شیوع بیشتر افسردگی در زنان و در دسترس بودن آن‌ها، ملاک‌های اولیه جهت انتخاب جمعیت نمونه، زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله دارای تحصیلات سیکل تا لیسانس بود. لذا از انتخاب مردان و سایر گروه‌های‌سنی و تحصیلی صرف نظر گردید. همچنین با توجه به مطالبی که در قسمت مواد و روش‌ها گفته شد امکان استفاده از گروه دارونما میسر نشد که به هر حال جز محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

بنابراین با توجه به نتیجه برخی پژوهش‌هایی که به صورت ترکیبی انجام شده و اغلب تأثیر دارو را همراه با روان درمانی در مقایسه با درمان منفرد مورد تأیید قرار داده‌اند (۳۸-۳۶)، پیشنهاد می‌شود میزان اثر بخشی ترکیبی از داروی هایپیران با درمانی گروهی شناختی- رفتاری بررسی و طی دوره‌های حداقل ۶ ماهه پیگیری گردد. همچنین جنبه‌های دیگر درمان مدبرانه مانند (هزینه‌های درمان، طول مدت درگیر شدن بیمار در درمان، نرخ پاسخ‌گویی به درمان و عوارض ناشی از درمان) بررسی شود و در خصوص این سه روش درمان، ارزیابی دقیق‌تر و جامع‌تری صورت گیرد.

سپاسگزاری

از مسؤولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و به خصوص معاونت پژوهشی که اعتبار لازم جهت انجام پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه قدردانی می‌گردد. همچنین از مدیر و متخصصان مرکز بازتوانی امید هفشجان که در حین اجرای پژوهش همکاری داشتند، تشکر می‌شود.

References

1. Mann JJ. The medical management of depression. N Engl J Med 2005; 353(17): 1819-34.
2. Higueras A. Depresive Disorders: therapeutic and clinical features. Ars Pharm 1996; 37(3): 539-47.
3. Comer RJ. Abnormal psychology. 2nd ed. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
4. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in women: diagnostic and treatment considerations. Am Fam Physician 1999; 60(1): 225-40.
5. Sadeghi KH, Saberi SM, Assareh M. Epdemiological study of psychiatric disorder in Kermanshah Urban residents. A Journal of Psychiatry & Clinical Psychology 2001; 6(2,3): 16-25. [In Persian].
6. Antonuccio D, Thomas M, Danton W. A cost – effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine in the treatment of depression. Behavior therapy 1997; 28(2): 187-210.
7. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. N Engl J Med 2006; 354(12): 1231-42.
8. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Diabetes Care 2000; 23(5): 618-23.
9. Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Lousberg AH, Cheriex EC, Tuynman-Qua HG, et al. Efficacy and safety of fluoxetine in the treatment of patients with major depression after first myocardial infarction: findings from a double-blind, placebo-controlled trial. Psychosom Med 2000; 62(6): 783-9.
10. Sewitch MJ, Blais R, Rahme E, Bexton B, Galarneau S. Pharmacologic response to depressive disorders among adolescents. Psychiatr Serv 2005; 56(9): 1089-97.
11. Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(1): 53-60.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

12. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins; 2000.
13. Roy-Byrne PP, Bystritsky A, Russo J, Craske MG, Sherbourne CD, Stein MB. Use of herbal medicine in primary care patients with mood and anxiety disorders. Psychosomatics 2005; 46(2): 117-22.
14. Marofi M, Alavi MR. The efficacy of juice s orange and imipramin in the treatment of patients with major depressive disorder. Journal of Research in Behavioral Sciences 2004; 1(2): 46-9. [In Persian].
15. Sargolzaee MR, Fayazi MR, Samari AA, Shakiba M. The comparison of the efficacy of citrus fragrance and fluxetine in the treatment of MA disorder. Ofogh- E- Danesh 2004; 10(3): 43-8. [In Persian].
16. Saiiah bargard M, Asadi SM, Amini H, Akhond zadeh S, Saiiah M, Kamalinezhad M. Efficacy of aqueous extract of echium amoenum L. In the treatment of mild to moderate MA disorder: a randomized double blind clinical trial. Journal of Medicinal Plants 2004; 3(10): 61-70. [In Persian].
17. Yu PH. Effect of the Hypericum perforatum extract on serotonin turnover in the mouse brain. Pharmacopsychiatry 2000; 33(2): 60-5.
18. Di Matteo V, Di Giovanni G, Di Mascio M, Esposito E. Effect of acute administration of hypericum perforatum-CO2 extract on dopamine and serotonin release in the rat central nervous system. Pharmacopsychiatry 2000; 33(1): 14-8.
19. Schrader E. Equivalence of St John's wort extract (Ze 117) and fluoxetine: a randomized, controlled study in mild-moderate depression. Int Clin Psychopharmacol 2000; 15(2): 61-8.
20. Schempp CM, Winghofer B, Ludtke R, Simon-Haarhaus B, Schopf E, Simon JC. Topical application of St John's wort (Hypericum perforatum L.) and of its metabolite hyperforin inhibits the allostimulatory capacity of epidermal cells. Br J Dermatol 2000; 142(5): 979-84.
21. White J. Treating Anxiety and Stress: A group psycho-eductional approch using brief CBT. 1st ed. New York: Guilford press; 2000.
22. Williamz JM. The psychological treatment of depression; A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy. 1st ed. London: Routledge; 1984.
23. Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? J Consult Clin Psychol 2000; 68(1): 46-56.
24. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA .Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4): 615-23.
25. Corry G. Group Counselling: Theory and practic in group counseelin. Pacifi Grove, CA: California Company; 1998.
26. Parker G, Roy K, Mitchell P, Wilhelm K, Malhi G, Hadzi-Pavlovic D. Atypical depression: a reappraisal. Am J Psychiatry 2002; 159(9): 1470-9.
27. McLean PD, Hakstian AR. Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. J Consult Clin Psychol 1979; 47(5): 818-36.
28. Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. Arch Gen Psychiatry 1986; 43(1): 43-8.
29. Casacalenda N, Perry JC, Looper K. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. Am J Psychiatry 2002; 159(8): 1354-60.
30. Schatzberg AF, Rush AJ. Medication helped depression psychotherapy failures and vice – versa. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(5): 513-20.
31. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57(3): 414-9.
32. Kavyani H, Mosavi AS, Mohit A. Interview and Mental Questionnaires. Tehran: Sana press; 2001. [In Persian].
33. Jalali D, Aghaei A, Nazari A, Rahbarian J. The effect of psycho – social training by mental health peer helpers on depression of women. Quarterly Journal of Applied Psychology 2007; 1(2): 159-76. [In Persian].
34. Howton K, Salkovkis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems- A Practical Guide. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.
35. Casacalenda N, Perry C, Smith G, Looper K. Remission in magor depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. Am J Psych 2003; 171: 375-382.
36. March J, Silva S. Fluoxetine better than CBT, but both best for teen. JAMA 2004; 18(7): 807-20.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir

37. Lenzer J. Specialists challenge claim that fluoxetine plus talk therapy works best for depressed adolescents. BMJ 2004; 329(7465): 529.
38. Yaeghoobi M, Atefvahid M, Ahmadzadeh Gh. The efficacy of cognitive – behavioral group therapy in reducing the level of depresion and anxiety in patients with mood disorder. A Journal of Psychiatry & Clinical Psychology 2003; 9(2): 56-63. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]

www.mui.ac.ir

Comparing Efficacy of Group Cognitive- Behavioral Psychotherapy, Fluoxetine and Hypiran in Treatment of Depression in Women

Aghaei A[1], Jalali D[2], Aminzadeh M[3]

Abstract

Aim and Background: There are various methods for treatment of depression. This study was aimed to examine and compare the efficacy of three therapeutic techniques namely group cognitive-behavioral psychotherapy, drug therapy with fluoxetin and drug- therapy with the herbal medicine named hypiran in treatment of depression in women.

Method and Materials: In an experimental study, a total number of 45 female patients with major depression were randomly selected. They had been already screened with the depression-measurement questionnaire and further diagnosed by a psychiatrist to suffer from major depression. Patients were assigned to three experimental groups namely cognitive- behavioral , Fluoxetin and Hypiran groups. The three groups were assessed both before and after the intervention, and after the follow up period as well. Data were analyzied using one-way ANOVA, ANCOVA and post- hoc tests.

Findings: Comparing changes in the mean scores, there was found significant differences between the efficacy of the three therapeutic techniques ($P < 0.01$). Schefe's test also revealed that group cognitive behavioral therapy was more effective than Hypiran ($P < 0.01$). The follow-up assessments showed that the efficacy of the therapeutic techniques were still in force even after 100 days. Of course significant differences were found between the perseverance of efficacies of the different therapeutic techniques ($P < 0.01$).

Conclusions: All the three mentioned therapeutic techniques were proved effective in treatment of depression. Cognitive-behavioral psychotherapy was found to be more effctive than hypiran in the post intervention phase and than the both other techniques in the follow-up assessment.

Keywords: Major Depression, women, group cognitive-behavioral therapy, Fluoxetin, Hypiran.

Type of article: Research

Received: 06.02.2009 *Accepted: 15.06.2009*

1- Associate Professor, Department of Psychology, Khoasgan Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author) E-mail: agaeia@Yahoo.com
2-PhD Student of Psychology, Isfahan Research and Sciences Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Psychiatrist, Kashani Hospital, Shaharekord, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.7.2]
www.mui.ac.ir