مقاله اصیل پژوهشی

اثرات دارودرمانی با و بدون رفتاردرمانی شناختی بر درمان افسردگی پس از سکته مغزی*

زهرا دانای سیج[۱]، عبدالمجید بحرینیان[۲]، محمد دهقانی فیروزآبادی[۳]، غلامرضا شریف‌زاده[۴]

چکیده

زمینه و هدف: حوادث عروقی مغز می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی بویژه خلق افسرده شود. نتایج برخی پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی است. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو روش رفتاردرمانی شناختی همراه دارو با دارودرمانی به تنهایی بر افسردگی پس از سکته مغزی انجام شد.

روش تحقیق: در این کارآزمایی بالینی ۲۸ زن مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. بیماران در گروه مورد، ترکیبی از دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی و در گروه شاهد، فقط داروی ضدّ افسردگی دریافت کردند. به منظور مقایسه میزان بهبودی افسردگی در دو گروه پس از انجام مداخلات درمانی، از آزمون افسردگی بک (Beck)، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۵) در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ و آزمون‌های آماری تی مستقل، زوجی، فیشر و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه هر دو روش رفتاردرمانی شناختی به همراه دارودرمانی (P<۰/۰۰۱) و دارودرمانی به تنهایی (P<۰/۰۰۱) به طور معنی‌داری بر افسردگی پس از سکته مغزی موثر واقع شدند؛ مقایسه این دو روش درمانی نیز بیانگر وجود اختلاف معنی‌داری بود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، هر دو روش دارودرمانی به تنهایی و رفتاردرمانی شناختی همراه دارودرمانی بر افسردگی پس از سکته مغزی مؤثر هستند ولی روش ترکیبی از رفتاردرمانی شناختی همراه دارو مؤثرتر است.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی شناختی، دارودرمانی، افسردگی پس از سکته مغزی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۹؛ ۱۷(۴): ۲۳۲-۲۳۹

دریافت: ۱۳۸۹/۰۵/۳۰ اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۰۷/۱۹ پذیرش: ۱۳۸۹/۸/۴

*کد ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT201008214607N1

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران

[۲] دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۳] نویسنده مسؤول؛ استادیار گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

آدرس: بیرجند- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده پزشکی

تلفن: ۰۹۱۵۵۶۲۰۷۷۸ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۴۴۷ پست الکترونیکی: Mdehghani44@yahoo.com

[۴] مربی گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

مقدمه

سکته مغزی نقص کانونی در مغز است که به طور ناگهانی و در اثر ضایعه عروقی پدید می‌آید. این اختلال سومین علت شایع مرگ و میر (۱) و شایع‌ترین اختلال ناتوان‌کننده مغز و اعصاب در بین بزرگسالان می‌باشد (۲). سالانه حدود ۷۵۰ هزار مورد سکته جدید اتفاق می‌افتد و تقریبا ۱۵۰ هزار نفر در سال در ایالات متحده در اثر سکته مغزی فوت می‌کنند. سکته مغزی دومین علت شایع مرگ و میر در ایران و ژاپن است (۱–۳).

عوامل خطرساز در ارتباط با افسردگی پس از سکته مغزی، عبارتند از: محل ضایعه در نیم‌کره چپ (۴)، جنس زن (۵)، گروه سنّی جوان‌تر، سابقه قبلی افسردگی، سابقه سکته مغزی، تنها زندگی کردن (۶)، مصرف بیش از حدّ الکل و مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری. در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال، میزان بروز سالیانه ۱۰–۲۰ در ده هزار نفر و در گروه سنّی بالاتر از ۸۵ سال به ۲۰۰ در ده هزار نفر افزایش می‌یابد (۱).

ارتباط بین اختلالات عصبی روانی و بیماری‌های عروقی مغز از سال‌ها پیش توسط پزشکان تشخیص داده شده است. تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی خلق ممکن است پس از حوادث عروقی مغز رخ دهد. خلق افسرده پس از سکته مغزی به صورت ویژه‌ای شایع است که تا حدودی واکنش به معلولیت ناشی از سکته مغزی است و معمولاً سدّی در برابر توانبخشی محسوب می‌شود (۷). افسردگی معمولاً ۶ تا ۱۲ ماه و حداکثر ۲ سال پس از سکته مغزی به صورت PSD[1] ظاهر می‌شود. این اختلال با کمبود مراقبت بعد از سکته مرتبط است (۸).

رایج‌ترین درمان افسردگی پس از سکته مغزی، داروهای ضدّ افسردگی می‌باشند (۸). این داروها نسبتاً ارزان هستند. با این وجود، افسردگی تمایل به بازگشت (عود) دارد. حدود ۲۵٪ بیماران در ۶ ماه اول، ۳۰ تا ۵۰٪ در دو سال اول و حدود ۵۰ تا ۷۰٪ پس از ترخیص از بیمارستان دچار بازگشت بیماری می‌گردند (۹).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱، اهداف درمان در بیماران افسرده عبارتند از کاهش علائم، جلوگیری از عود و در نهایت فروکش‌کردن کامل بیماری. امروزه برای بسیاری از بیماران خط اوّل درمان داروهای ضدّ افسردگی، روان‌درمانی یا ترکیبی از این دو روش می‌باشد (۱۰). مطالعات فارماکولوژی نشان می‌دهد که نیاز بالقوه‌ای به روان‌درمانی حمایتی و مداخلات رفتاری در درمان افسردگی پس از سکته مغزی وجود دارد و تلاش‌های عمومی کمی برای تهیه درمان‌های غیردارویی برای افسردگی پس از سکته انجام شده است (۱۱).

امروزه از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی، رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که توسط Beck و همکارانش معرفی شده، بیش از حدّ مورد استقبال و همچنین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است (۱۲).

فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها و موقعیت‌ها، در مشکلات روانشناختی خود و نشانه‌های خاص، دخالت زیادی دارند. این درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر داشته، رابطه علت و معلولی دارند (۱۳).

در این میان رفتاردرمانی شناختی به شکل گروهی در مقایسه با درمان انفرادی از نظر وقت و هزینه مقرون به صرفه است. در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزش‌های میان فردی فراهم می‌کند؛ همچنین تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه‌کنندگان نزدیک‌تر است (۱۴)؛ از دیگر مزایای درمان گروهی می‌توان به ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع‌دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه روانی اشاره کرد (۱۵).

در بررسی‌های انجام‌شده بر روی بیماری‌های مغز و

---

[1] *Post stroke depression*

اعصاب، تأثیر رفتاردرمانی شناختی توأم با دارودرمانی از دارودرمانی به تنهایی بیشتر بوده است. در تحقیق Teri و همکاران، با اجرای رفتاردرمانی شناختی بر روی بیماران مبتلا به آلزایمر، ۶۰٪ از بیماران از نظر بالینی بهبودی بارز نشان دادند (۱۶). Rasquin و همکاران با اجرای رفتاردرمانی شناختی بر روی پنج بیمار مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی در کشور هلند بعد از هشت جلسه مداخله و انجام پیگیری یک و سه ماهه به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی رفتاری باعث بهبود خلق بیماران می‌شود (۱۷). مطالعه Mitchell و همکاران بر روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به سکته مغزی از نوع ایسکمی و افسردگی بیانگر کاهش نشانه‌های افسردگی و محدودیت‌های حرکتی و مشارکتی در ماه‌های ۶، ۱۲ و ۲۴ پس از سکته در گروه مداخله رفتاری- روانی اجتماعی به همراه داروی ضدّ افسردگی بود (۱۸).

با توجه به مطالعات پیشین، در تحقیق حاضر تأثیر رفتاردرمانی شناختی به شیوه گروهی توأم با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی بر افسردگی بیماران سکته مغزی مورد بررسی قرار گرفت.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌شده می‌باشد که شامل دو گروه مورد و شاهد با پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی است که از زمستان سال ۱۳۸۸ تا سه ماه اول سال ۱۳۸۹ با مراجعه به بخش اعصاب بیمارستان ولی‌عصر(عج) بیرجند و نیز درمانگاه تخصصی بیمارستان امام رضا(ع) بیرجند انجام شده است.

جامعه آماری شامل تمام بیمارانی بود که بر اساس تشخیص متخصص اعصاب به سکته مغزی دچار بودند و در دوره ۶ تا ۲۴ ماه پس از سکته بر اساس معیارهای DSM IV-TR تشخیص افسردگی برای ایشان تایید شده بود.

شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: وجود محل ضایعه در سی‌تی‌اسکن یا MRI مغزی، داشتن حداقل تحصیلات؛ بیماران دارای اختلال حسّی حرکتی شدید، آفازی و اختلال هوشیاری از مطالعه خارج شدند.

حجم نمونه ۳۲ نفر تعیین گردید که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این ۳۲ نفر به دلیلی ریزش اولیه، ۲۸ نفر در تحقیق شرکت کردند.

ابزار ارزیابی پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه افسردگی Beck بود که در ایران استاندارد شده است و به طور وسیعی برای ارزیابی افسردگی در افراد طبیعی و دارای اختلال روانی به کار می‌رود (۶). این آزمون مستقل از فرهنگ که در اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا است، ضرایب همسانی درونی ۸۹٪ تا ۹۴٪ با میانگین ۸۶٪ دارد و از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف، مثل احساس شکست و ناتوانی، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها تشکیل شده است. آزمون از نوع خودسنجی می‌باشد و برای اجرای آن به ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان نیاز است. دامنه نمره‌ها بین حداقل صفر تا ۶۳ قرار دارد (۶).

۲۸ بیمار زن شرکت‌کننده در مطالعه به طور تصادفی به دو گروه ۱۴ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. برای گروه شاهد داروی ضدّ افسردگی سیتالوپرام به میزان۲۰ تا ۸۰ میلیگرم در هر روز تجویز شد و برای گروه مورد علاوه بر دارو، ۱۲ جلسه درمانی شناختی-رفتاری (هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعته)، در نظر گرفته و اجرا شد. مداخلات روان‌درمانی توسط یک نفر کارشناس ارشد روانشناس بالینی و مداخلات دارویی تحت نظر روانپزشک انجام گرفت. جلسات درمانی شناختی-رفتاری شامل روش‌های شناخت افکار منفی و به چالش طلبیدن آن، آموزش آرامش عضلانی و برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذّت‌بخش بود.

به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمانی، از آزمون افسردگی Beck قبل، هفته هشتم و در پایان درمان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۵) و (ضمن ارائه آمار توصیفی) آزمون‌های آماری تی مستقل و

زوجی، آزمون دقیق فیشر و آنالیز واریانس درون گروهی تکرار شده در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

این مطالعه با کد IRCT201008214607N1 در مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران[۱] ثبت شده است.

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، شغل و محل سکونت تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

در گروه مورد (که تحت اقدامات رفتاردرمانی شناختی توأم با دارودرمانی قرار گرفتند)، پس از اجرای آزمون Beck مشخص شد که این روش بر درمان افسردگی پس از سکته مغزی به صورت معنی‌داری مؤثر بوده است و میانگین نمرات از ۲۹ (قبل از مداخله) به ۱۲/۶ (در پایان مداخله) کاهش یافت (P<۰/۰۰۱) (جدول ۱).

در گروه شاهد (که فقط دارو دریافت نمودند)، نتایج آزمون Beck نشان داد که این روش نیز به طور معنی‌داری در درمان افسردگی مؤثر است و میانگین نمرات از ۳۰/۱ (قبل از مداخله) به ۲۱/۷ (در پایان مداخله) کاهش داشت (P<۰/۰۰۱) (جدول ۲).

یافته‌های حاصل در خصوص مقایسه اثرات دو روش درمانی رفتاردرمانی شناختی همراه دارو با دارودرمانی به تنهایی در درمان افسردگی بیماران مبتلا به سکته مغزی نشان داد که بین این دو روش درمانی اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ هرچند میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله در دو گروه مورد و شاهد از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نشان نداد (P=۰/۶۲) اما در پایان مداخله نمره افسردگی در گروه مورد به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود (P<۰/۰۵)؛ به طوری که رفتاردرمانی شناختی توأم با دارودرمانی از دارودرمانی به تنهایی در درمان افسردگی پس از سکته مغزی موثرتر بود (جدول ۳ و ۴).

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف‌معیار نمره افسردگی در زمان‌های مختلف در گروه مورد

شاخص آماری / زمان بررسی	فراوانی	میانگین و انحراف‌معیار	آزمون واریانس درون‌گروهی
قبل از مداخله	۱۴	۲۹±۶/۴	F=۸۶/۸
هشت‌هفته‌پس‌از شروع‌درمان	۱۴	۱۷/۵±۵/۳	P<۰/۰۰۱
پایان درمان	۱۴	۱۲/۶±۳/۹	

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف‌معیار نمره افسردگی در زمان‌های مختلف در گروه شاهد

شاخص آماری / زمان بررسی	فراوانی	میانگین و انحراف‌معیار	آزمون واریانس درون‌گروهی
قبل از مداخله	۱۴	۳۰/۱±۴/۷	F=۸۶/۸
هشت هفته پس از شروع درمان	۱۴	۲۳/۹±۶/۴	P<۰/۰۰۱
پایان درمان	۱۴	۲۱/۷±۶/۲	

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل، هفته هشتم و پایان مداخله در دو گروه مورد و شاهد

گروه / متغیر (نمره افسردگی)	مورد	شاهد	نتیجه آزمون آماری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
قبل از درمان	۲۹±۶/۴	۳۰/۱±۴/۷	df=۲۶ t=۰/۵ P=۰/۶۲
هفته هشتم بعد از درمان	۱۷/۵±۵/۳	۲۳/۹±۶/۴	df=۲۶ t=۲/۸۹ P=۰/۰۰۸
پایان درمان	۱۲/۶±۳/۹	۲۱/۷± ۶/۲	df=۲۶ t=۴/۶۶ P=۰/۰۰۱

جدول ٤- مقایسه تفاضل نمره افسردگی بین زمان‌های مختلف مورد بررسی در دو گروه مورد و شاهد

گروه / متغیر (تغییرات نمره افسردگی)	مورد	شاهد	نتیجه آزمون آماری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
قبل از مداخله و هفته هشتم	۱۱/۵±۵/۵	۶/۱±۴/۱	df=۲۶ t=۲/۹ P=۰/۰۰۷
قبل از مداخله و پایان مداخله	۱۶/۴±۵/۹	۸/۳±۴/۳	df=۲۶ t=۴/۱۵ P=۰/۰۰۱
هفته هشتم و پایان مداخله	۴/۹±۲	۲/۲±۳/۴	df=۲۶ t=۲/۵۸ P=۰/۰۲

[۱] http://irct.ir

بحث

از روش‌های درمانی متعددی در اختلال افسردگی استفاده می‌شود و بیشتر مطالعات حاکی از آن است که ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی مؤثرترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی است (۱۲).

درمان شناختی–رفتاری برای افسردگی در خلال دوره افسردگی اجرا می‌شود و به نظر می‌رسد در کاهش میزان عود و بازگشت بیماری مؤثر باشد. یافته‌ها در این زمینه نشان می‌دهند که احتمالاً تغییر در افکار خودآیند منفی و کسب مهارت‌های شناختی، می‌تواند در پیشگیری از عود دخیل باشد (۱۹).

در پژوهش حاضر دو روش دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی در درمان مبتلایان به افسردگی پس از سکته مغزی مورد ارزیابی قرار گرفت و افسردگی بیماران پس از تجویز دارو کاهش یافت؛ به گونه‌ای که تفاوت نمره افسردگی آزمون بک، قبل و بعد از درمان از نظر آماری معنی‌دار بود. این نتایج با نتایج پژوهش Mitchell در مقایسه دارودرمانی و درمان رفتاری–روانی اجتماعی که بر روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی انجام گرفت همخوانی دارد (۱۸)؛ در مطالعات متعدد دیگری نیز بررسی نقش داروهای ضدّ افسردگی در درمان افسردگی نشان داده است که دارودرمانی به طور مؤثری شدّت علائم را کاهش می‌دهد و بهبودی بیماران را سرعت می‌بخشد (۲۰–۲۲).

اختلاف نمرات آزمون افسردگی بک قبل و بعد ازمداخله رفتاردرمانی شناختی توأم با دارودرمانی نشان‌دهنده تفاوت معنی‌داری بود؛ به عبارت دیگر مداخله فوق به طور مؤثری میزان افسردگی را کاهش داده است؛ این یافته با پژوهش‌های متعددی همسو می‌باشد. Rasquin و همکاران در درمان شناختی–رفتاری بر افسردگی پس از سکته مغزی نشان دادند که درمان شناختی–رفتاری باعث بهبود خلق و کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۷). یافته‌های مطالعه Mitchell و همکاران نیز نشان داد که درمان رفتاری–روانی اجتماعی باعث کاهش افسردگی و محدودیت‌های حرکتی می‌شود (۱۸).

در واقع آسیب‌پذیری در برابر عود افسردگی ناشی از پیوندهای مکرّر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود–ایرادگیر و تفکر ناامیدانه است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد؛ بر اساس این فرض افرادی که در گذشته افسرده بوده‌اند، از نظر الگوی تفکر نسبت به کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، متفاوت هستند؛ به این ترتیب با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره افسردگی شود. رفتاردرمانی شناختی به بیمار کمک می‌کند که افکار خودآیند منفی را شناسایی کند و آنها را مورد سؤال قرار دهد و بعد با فرض‌هایی که آن افکار بر اساس آنها شکل گرفته‌اند، به چالش بپردازد؛ در واقع رفتاردرمانی شناختی را می‌توان نوعی حل مسأله در نظر گرفت. تفکر افسردگی‌زا بیمار را از حلّ مسائل باز می‌دارد؛ بنابراین پرداختن به افکار خودآیند منفی وسیله‌ای برای رسیدن به هدف است (۱۲). پژوهش حاضر با توجه به کاهش نمرات آزمودنی‌هایی که مورد مداخله رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند، مؤیّد مطلب فوق است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دو روش دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی توأم با دارودرمانی در درمان افسردگی پس از سکته مغزی مؤثر هستند، اما در مقایسه با دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری مؤثرتر است. از برتری‌های روش حاضر، به شکل گروهی برگزار شدن آن است که نسبت به درمان‌های انفرادی مقرون به صرفه‌تر است و با توجه به محدودیت‌های درمان‌های روانی تخصصی در جامعه ما، این شیوه درمان می‌تواند مشکل‌گشا باشد. از دیگر برتری‌های درمان شناختی رفتاری کاربردی بودن آن در دوره بهبود و سایر مسائل زندگی می‌باشد. پژوهش حاضر با توجه به

اطلاعات موجود اولین پژوهش در نوع خود است و می‌تواند در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از حوزه معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که در انجام این تحقیق ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع:

1- Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2- Zeiaee J, Shirzadi M. Neurological diseases .1st ed. Isfahan: Kankash; 2002. [Persian]

3- Razaazian N, Homayoinfar H. Mortality of Stroke at Farabi Hospital (Kermanshah, 1998-2000). Behbood. 2003; 6(4): 38-46. [Persian]

4- Gillen G, Burkhardt A. Stroke Rehabilitation: a function-based approach. 2nd ed. USA: Mosby; .2004.

5- Sobel RM, Lotkowski S, Mandel S. Update on depression in neurologic illness: stroke, epilepsy, and multiple sclerosis. Curr Psychiatry Rep. 2005; 7(5): 396-403.

6- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sjadi SAR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008; 10(39): 191-97. [Persian]

7- Gelder M, Meyou R, Goldens J. Oxford Psychiatry. Translated by: Pourafkary N. 4th ed. Tehran: Shahr Ab Publication; 2003. [Persian]

8- Williams LS. Depression and stroke: cause or consequence? Semin Neurol. 2005; 25(4): 396-409.

9- Sadock B, Sadock V. Psychiatric Abstract .Translated by: Pourafkary N. 4th ed. Tehran: Shahr Ab Publication; 2003. [Persian]

10- World Health Organization. Health world Report. 2001: Psychic Health: new understanding. Translated by: Fattahzadeh A. Tehran: Ebn Sina Bozorg; 2001. [Persian]

11- Mast BT, Vedrody S. Poststroke depression: a biopsychosocial approach. Curr Psychiatry Rep. 2006; 8(1): 25-33.

12- Hawton k, Salkous K, Clarck. Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems, a practical guide. Translated by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjomand Publication; 2002. [Persian]

13- Carry J. Theory & usage of consultation and psychotherapy. Translated by: Seid Mohammadi Y. Tehran: Arasbaran Publication; 1997. [Persian]

14- Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Translated by: Firooz Bakht M. Tehran: Rasa Publication; 1991. [Persian]

15- Sanaei B. Psychotherapy and group consultation. 4th ed. Tehran: Mehr; 2003. [Persian]

16- Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1997; 52(4): P159-66.

17- Rasquin SM, Van De Sande P, Praamstra AJ, Van Heugten CM. Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: five single case studies on effects and feasibility. Neuropsychol Rehabil. 2009; 19(2): 208-22.

18- Mitchell PH, Teri L, Veith R, Buzaitis A, Tirschwell D, Becker K, et al. Living well with stroke: design and methods for a randomized controlled trial of a psychosocial behavioral intervention for poststroke depression. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2008; 17(3): 109-15.

19- Kaviani H, Javaheri F, Bahiraee H. Effectiveness of mentality based cognitive therapy on reduction of negative thoughts, deficient view, depression and anxiety. Cognitive Science. 2005; 1: 49-59.

20- Persons JB, Bertagnolli A. Inter-rater reliability of cognitive–behavioral case formulations of depression: a replication. Cognit Ther Res. 1999; 23(3): 271-83.

21- Thase ME, Simons AD, Cahalane J, McGeary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. Am J Psychiatry. 1991; 148(6): 784-89.

22- Rahimi AR, Shamsaei F, Zarabian MK, Sedehi M. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services. 2008; 15(1): 16-21. [Persian]

Abstract *Original Article*

Therapeutic effects of drug therapy with and without cognitive behaviour therapy in post-stroke depression

Z. Danae Sij[1], AM. Bahrainian[2], M. Dehghani Firoozabadi[3], Gh. Sharifzadeh[4]

Background and Aim: Cerebrovascular accidents can cause multiple psychiatric disorders especially depressive mood. Results of several researches have shown the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for depression. The aim of this study was comparison of the effects of drug therapy alone and with CBT in the post-stroke depression.

Materials and Methods: In this clinical trial, 28 female patients with post-stroke depression were randomly selected and divided into case and control groups. Patients in the case group received CBT with drug therapy, and the control group received antidepressant drugs alone. Beck depression test was used to compare the recovery rate of depression in both groups after treatment interventions. Data were analyzed by means of SPSS version 15 using statistical tests of Student-t, fisher and ANOVA at the significant level of $P<0.05$.

Results: Data analysis showed that although both CBT with drug therapy ($P<0.001$) and drug therapy alone ($P<0.001$) were effective on the post-stroke depression, there was a significant difference between the two groups ($P<0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, both drug therapy alone and combined with CBT were effective on the treatment of post-stroke depression, but the combined therapy was more effective than the drug therapy alone.

Key Words: Cognitive behavioral therapy (CBT), Drug therapy, Post-stroke depression

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2011; 17(4): 232-239

Received: 21.08.2010 Last Revised: 11.10.2010 Accepted: 25.11.2010

[1] *MS in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand, Iran*
[2] *Associated Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran, Iran*
[3] *Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Neurology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
Mdehghani44@yahoo.com
[4] *Instructor, Faculty of Public Health , Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*