

مقایسه اثر بخشی و رضایتمندی از دو داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین در بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۲

چکیده:

مقدمه و هدف: در میان بیماریهای اعصاب و روان، اختلالات خلقی شایعترین آنهاست و در میان اختلالات خلقی افسردگی اختلال شایعی است. این پژوهش مقایسه اثر بخشی و رضایتمندی دو داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین در بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی یاسوج را مورد بررسی قرار داده است. در کنار آنها تأثیر عوامل دیگر مثل سن و جنس و رابطه آن با اثر بخشی این دو دارو و نیز عوارض داروهای یاد شده مورد بررسی قرار می گیرد.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی از میان کلیه افرادی که از تاریخ اول بهمن ماه ۱۳۸۱ لغایت ۱۵ مرداد ۱۳۸۲ به درمانگاه روانپزشکی یاسوج مراجعه نمودند، تعداد ۱۱۷ نفر به صورت تصادفی که بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی به وسیله روانپزشک و انجام آزمون بک دچار افسردگی متوسط تا نسبتاً شدید بودند، به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب گردیدند. در نهایت با توجه به اینکه ۱۸ نفر به علت عدم مصرف دارو (از نظر مدت و میزان تعیین شده) از مطالعه حذف شدند، ۹۷ نفر باقی ماندند. ۴۹ نفر با داروی نورتریپتیلین و ۴۸ نفر با داروی فلوگزتین مورد درمان قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای مجذور کای، تی زوجی و مدل خطی عمومی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که در ماه ششم، ۸۵/۴ درصد افرادی که فلوگزتین و ۸۱/۶ درصد افرادی که نورتریپتیلین مصرف کرده بودند به صورت مطلوب، پیشرفت و بهبودی داشته اند و متوسط نمره آزمون بک در پایان ماه ششم برای داروی فلوگزتین از ۳۳/۷۱ به ۱۶/۱۰ و برای نورتریپتیلین از ۳۲/۴ به ۱۹/۷ بوده که از نظر آماری معنی دار بوده است ($p < 0/05$). در این بررسی اثربخشی هر دو دارو برای هر دو جنس و برای همه گروههای سنی تقریباً یکسان بوده و تفاوتی میان آنها از نظر آماری معنی دار نبوده است. عوارض فلوگزتین بیشتر شامل تهوع و استفراغ بوده است و عوارض نورتریپتیلین بیشتر شامل بی حالی، خواب آلودگی، بیبوست و سردرد بوده که این تفاوتها از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: تغییر در علایم افسردگی با مصرف دو داروی فلوگزتین و نورتریپتیلین با همدیگر قابل قیاس می باشد، هر چند وقتی که نیک بنگریم مشاهده می شود که فلوگزتین در درمان بهبودی بیماران افسرده به نحو قابل ملاحظه ای بهتر از نورتریپتیلین می باشد.

واژه های کلیدی: افسردگی، فلوگزتین، نورتریپتیلین

دکتر سید نذیر هاشمی*

قادر زاده باقری**

دکتر مریم چرامی***

* متخصص اعصاب و روان، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، بخش اعصاب و روان

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی

*** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی

تاریخ وصول: ۱۳۸۳/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۳/۱۲/۲۴

مؤلف مسئول: سید نذیر هاشمی

پست الکترونیکی: hashemi@Yums.ac.ir

مقدمه

زندگی بشر در طول تاریخ با مشکلات و نابسامانی‌هایی همراه بوده است که بشر را دچار رنج و عذاب می‌نموده است و بشر در عصر حاضر با مشکلات بیشتری مواجه است که باعث بروز بیماری‌های اعصاب و روان می‌گردد [۱]. در میان بیماری‌های اعصاب و روان، اختلالات خلقی شایع‌ترین آنهاست و در میان اختلالات خلقی افسردگی اختلال شایعی است و یا به عبارت دیگر می‌توان گفت افسردگی یکی از شایع‌ترین تظاهرات آشفتگی‌های روانی در بروز عوامل درونی و بیرونی می‌باشد [۲] و در هر گروه اقتصادی اجتماعی، نژادی و فرهنگی دیده می‌شود. در دنیا هر ساله حداقل یک صد میلیون نفر دچار افسردگی می‌گردند. برآورد می‌شود که حداقل ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالانی که به درمانگاه‌های مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمایند هیچ‌گونه بیماری جسمی ندارند بلکه تحت فشار، اضطراب و افسردگی همراه با مسائل روان تنی هستند [۳]. افسردگی در صدر ده علت مهم ناتوانی و از کار افتادگی در جهان قرار دارد [۴]. این بیماری دارای علایمی چون خلق افسرده، کاهش انرژی، کاهش علاقه به زندگی، احساس گناه، افکار خودکشی، اشکال در تمرکز، اختلال خواب، اختلال اشتها و ... می‌باشد.

افسردگی شامل؛ انواع مختلف بوده و عبارتند از؛ افسردگی اساسی، افسردگی خفیف، کج خلقی، افسردگی عود کننده گذرا، افسردگی ناپیوسته [۵]. میزان شیوع حدود ۱۵-۱۰ درصد بوده و در میان زنان حدود ۲۵ درصد است که به طور کلی نسبت زن به مرد ۲ به ۱ است [۵ و ۶]. درمان افسردگی شامل؛

دارو درمانی و شناخت درمانی بوده که در میان داروها می‌توان داروهای ضد افسردگی چند حلقه‌ای، مقلد سمپاتیک^(۱)، مهارکننده های منوآمینواکسیداز^(۲) و مهارکننده های باز جذب سروتونین^(۳) را نام برد. در میان داروهای چند حلقه‌ای، نورتریپیلین دارای عوارض بسیار کمتری نسبت به بقیه بوده و به شکل ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی به وفور یافت می‌شود. در میان داروهای مهارکننده های باز جذب سروتونین، فلوگزتین به شکل کپسول ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی بوده که اولین بار در ایالت متحده آمریکا معرفی و اکنون شایع‌ترین داروی ضد افسردگی در ایالت متحده بوده و در ایران نیز به وفور یافت می‌شود. دو داروی فوق اثرات ضد افسردگی قابل ملاحظه‌ای داشته، ولی دارای عوارضی می‌باشند که از عوارض فلوگزتین می‌توان تهوع، سردرد، عصبانیت، کاهش وزن، بی‌خوابی، خشکی دهان و ناراحتی معده را نام برد و از عوارض نورتریپیلین می‌توان خواب آلودگی، اثرات آنتی کولینرژیک (خشکی دهان، احتباس ادراری، یبوست و ...)، اورتوستاتیک هیپوتنشن، افزایش تعداد ضربان قلب و کاهش میل جنسی را نام برد [۶ و ۷].

در یک مطالعه به وسیله فابر و همکاران^(۴) (۱۹۹۱) در مقایسه دو داروی نورتریپیلین و فلوگزتین دیده شد که ۷۱ درصد بیماران با مصرف نورتریپیلین و ۶۵ درصد بیماران با مصرف فلوگزتین

1-Sympatomimetics

2-MAOI

3-SSRI

4-Fabre etal

فلوگزتین مقایسه نموده و رابطه این اثرات درمانی را با سن، جنس و... بررسی نمایم.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی و مقایسه ای می باشد که جمعیت آماری کلیه مراجعه کنندگان به درمانگاه روانپزشکی شهید مفتح یاسوج از تاریخ اول بهمن ۱۳۸۱ لغایت مرداد ماه ۱۳۸۲ بوده و از این میان تعداد ۱۱۷ نفر که با تشخیص روانپزشک بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و پس از انجام تست بک^(۷) افسرده تشخیص داده و به روش تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و تحت درمان دو داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین به صورت دوسوکور قرار گرفتند. این افراد به صورتی انتخاب می شوند که بالای ۱۵ سال و زیر ۵۰ سال سن داشته (بر اساس شناسنامه) و قبلاً تحت درمان هیچ داروی ضدافسردگی قرار نگرفته باشند و درمان شش ماهه برای آنان آغاز می گردید که ابتدای دوره درمان، وسط دوره درمان، پایان دوره درمان شش ماهه، مجدداً به وسیله روانپزشک مصاحبه و معاینه بالینی، تست بک انجام و مورد بررسی قرار می گرفتند و اثرات درمانی و رضایتمندی داروها مقایسه

پیشرفت خوب و قابل ملاحظه درمانی داشته اند که فلوگزتین بیشتر با حالت تهوع و نورتریپتیلین بیشتر همراه با خشکی دهان بوده است [۷].

در مطالعه دیگری به وسیله روس و همکاران^(۱) (۱۹۹۴) در درمان ملانکولی در افراد سالمند تأثیر فلوگزتین نسبت به نورتریپتیلین به نحو قابل ملاحظه ای کمتر بوده است، به طوری که ۸۳ درصد بیماران به نورتریپتیلین و ۲۳ درصد به فلوگزتین پاسخ درمانی داده اند [۸].

در مطالعه دیگری به وسیله جویس و همکاران^(۲) (۲۰۰۲) نشان داده شد که فلوگزتین مؤثرتر از نورتریپتیلین بوده است، اما عواملی چون سن، جنس و افسردگی آتیپیک دخیل بوده است. به طوری که فلوگزتین در زنان زیر ۲۵ سال و آنهایی که افسردگی آتیپیک داشته اند مؤثرتر بوده است [۹].

در مطالعه دیگری به وسیله امسلی و همکاران^(۳) (۲۰۰۲) دیده شد که فلوگزتین در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان بسیار مؤثر بوده و به خوبی تحمل شده است [۱۰]. هونگ و همکاران^(۴) (۲۰۰۳) نشان دادند که فلوگزتین در درمان افسردگی کاملاً مؤثر و قابل تحمل است [۱۱]. استینر و همکاران^(۵) (۲۰۰۳) نشان داد که فلوگزتین علاوه بر افسردگی می تواند بیماری اختلال دیسفوریک قبل از قاعدگی^(۶) را بهبود بخشد [۱۲]. بنابراین بر آن شدیم تا در بین داروهای ضد افسردگی رایج، اثرات درمانی و رضایتمندی بیماران را از دو داروی نورتریپتیلین و

1-Roose etal
2-Joyce etal
3-Emslie etal
4-Hong etal
5-Steiner etal
6- Premenstrual Dysphoric Disorder
7- Beck

می گردیدند. فقط پزشک داروساز می دانست که چه دارویی به بیمار داده می شود و بیمار و روانپزشک نمی دانستند. در نهایت با توجه به اینکه ۱۸ نفر به علت عدم مصرف دارو (از نظر مدت و میزان تعیین شده) از مطالعه حذف و ۹۷ نفر باقی ماندند. یکی از ابزارهای این پژوهش تست بک می باشد. تست بک یکی از رایج ترین و معتبرترین آزمونهای روانی برای تشخیص افسردگی بوده که دارای ۲۱ سؤال بوده که از صفر تا ۳ درجه بندی گردیده و برای افراد بالای ۱۳ سال و حداقل ۶ کلاس سواد مناسب می باشد. کمترین میزان افسردگی صفر و بیشترین ۶۳ بوده و از نمره ۱۰ به بالا افسردگی است به طوری که ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط، ۳۰-۳۹ افسردگی نسبتاً شدید و ۴۰ به بالا افسردگی شدید می باشد [۱۳ و ۱۴]. افراد افسرده در این مطالعه کسانی بوده اند که در تست بک نمره آنها از ۲۰ به بالا باشد (افسردگی متوسط به بالا).

ابزار دیگر این مطالعه پرسشنامه ای بود که دارای سئوالاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، نحوه مصرف دارو، مدت زمان مصرف دارو، میزان رضایتمندی از دارو و ... بوده است که در ابتدا دوره شش ماهه، اواسط دوره شش ماهه و پایان دوره شش ماهه از بیماران تکمیل شد، بنابراین علاوه بر مصاحبه و معاینه بالینی به وسیله روانپزشک از دو پرسشنامه فوق در ۳ مقطع زمانی جهت تشخیص و تأثیرات درمانی و رضایتمندی برای بررسی بیماران در این مطالعه استفاده گردید.

اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS^(۱) و آزمونهای آماری مجذور کای^(۲)، تی زوجی^(۳) و مدل خطی عمومی^(۴) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در این مطالعه ۶۳/۹ درصد از افراد تحت مطالعه دارای افسردگی نسبتاً شدید و ۳۶/۰۸ درصد از افسردگی متوسط در رنج بودند. میانگین نمره افسردگی بک در بیمارانی که نورتریپتیلین مصرف کرده اند در طی دوره شش ماهه از ۳۲/۰۴ به ۱۹/۷ رسیده است که این اختلاف معنی دار است ($p < ۰/۰۵$) و میانگین نمره افسردگی در تست بک در بیمارانی که فلوگزتین مصرف کرده اند در طی دوره شش ماهه از ۳۳/۷۱ به ۱۶/۱۰ رسیده است که این اختلاف معنی دار است ($p < ۰/۰۵$). بنا بر نتایج فوق میانگین نمره افسردگی در تست بک پس از دوره شش ماهه کاهش چشمگیر و قابل ملاحظه ای داشته است، یعنی هر دو داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین در درمان افسردگی در بیماران فوق کاملاً مؤثر بوده است و این میزان اثر بخشی در فلوگزتین چشمگیرتر است که این اختلاف اثر درمانی و نمره بک بین دو داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین معنی دار است ($p < ۰/۰۵$).

1-Statistical Package for Social Science
2- Chi-square
3- Pair T- test
4-General Linear Model

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج به دست آمده چنین می توان نتیجه گرفت که اثر بخشی نورتریپتیلین در گروه های سنی مختلف مورد مطالعه (از ۵۰-۱۵ سال) و در هر دو جنس (مرد و زن) و در گروه های مختلف تحصیلی در طول دوره درمان وجود داشته و در تمام این گروه ها به طور تقریباً یکسان مؤثر بوده و موجب درمان آنها می گردد. چنین اثر بخشی درمان در مورد فلوگزتین نیز صادق بوده و می توان گفت که تأثیر درمانی دو داروی ذکر شده بستگی به سن، جنس و میزان تحصیلات ندارد و در تمام گروه ها اثر بخشی درمانی قابل ملاحظه دارند که همانند مطالعه های فینکل^(۱) (۱۹۹۶) می باشد [۱۵].

نتیجه آزمون نمره بک در ۳ ماه اول درمان در بیمارانی که فلوگزتین مصرف کرده اند نسبت به بیمارانی که نورتریپتیلین مصرف کرده اند سریعتر پاسخ درمانی داده (نمره بک سریعتر کمتر شده است)، اما در دوره دوم ۳ ماهه این اثرات درمانی و سرعت کاهش نمره بک در هر دو دارو مشابه بوده و به یک نسبت کاهش نمره وجود داشته است. می توان نتیجه گرفت که سرعت تأثیر درمانی در شروع درمان، داروی فلوگزتین از نورتریپتیلین بیشتر بوده و پاسخ درمانی زودتر آشکار می گردد.

میزان اثر بخشی درمانی و رضایتمندی داروی فلوگزتین بیشتر از نورتریپتیلین بوده و برای

بر اساس نتایج پژوهش اثر بخشی نورتریپتیلین بر روی همه گروه های سنی و گروه های مختلف تحصیلی مؤثر و نسبتاً یکسان می باشد و با گذشت زمان نتایج برای همه آنها بهتر بوده و اختلاف بین گروه های سنی مختلف و گروه های تحصیلی مختلف از نظر آماری معنی دار نیست. همچنین اثر بخشی فلوگزتین بر روی همه گروه های سنی مختلف و گروه های تحصیلی متفاوت مؤثر بوده و نسبتاً یکسان می باشد و با گذشت زمان نتایج برای همه آنها بهتر شده و اختلاف بین گروه های سنی مختلف و گروه های تحصیلی متفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. همچنین اثر بخشی هر داروی نورتریپتیلین و فلوگزتین در هر دو جنس تقریباً یکسان بوده و از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود ندارد. در پایان دوره شش ماهه ۸۱/۶ درصد بیماران از نورتریپتیلین کاملاً رضایت داشتند (۶۷/۳ درصد نسبتاً راضی و ۱۴/۳ درصد کاملاً راضی) و ۸۴/۴ درصد بیماران از فلوگزتین رضایت داشتند (۴۵/۸ درصد نسبتاً راضی و ۳۹/۶ درصد کاملاً راضی) که این تفاوتها از نظر آماری معنی دار است ($p < 0.05$). داروی نورتریپتیلین بیشتر همراه با عوارضی چون سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی، ضعف، بی حالی و عصبانیت بوده و داروی فلوگزتین بیشتر همراه با تهوع و استفراغ بوده است و این یافته از نظر آماری تفاوت معنی داری دارند ($p < 0.05$).

1-Finkel

درمانی فلوگزتین زودتر است، این دارو قابل تحمل تر بوده و مصرف کنندگان آن راضی تر می باشند.

بیماران قابل تحمل و مؤثرتر است که با نتایج فابر و روس و همکاران مغایرت، ولی با نتایج جویس و همکاران هماهنگی داشته ، اما در مطالعه جویس و همکاران در افراد زیر ۲۵ سال و آنهایی که افسردگی آتیپیک داشته اند مؤثرتر بوده است [۹ - ۷]، ولی در مطالعه ما تفاوت قابل ملاحظه ای وجود نداشت. در مطالعه روس و همکاران تفاوت اثر درمانی دو داروی فوق در سالمندان واضح تر بوده است [۸].

بیشترین عوارض نورتریپتیلین سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی، ضعف، بی حالی و عصبانیت است. بیشترین عوارض فلوگزتین، تهوع و استفراغ است که این اختلافات از نظر آماری معنی دار است. عوارضی چون سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی، ضعف، بی حالی و یبوست در نورتریپتیلین بیشتر از فلوگزتین بوده که بیشتر نشان دهنده عوارض آنتی کولینرژیک بوده و از علتهای مهم نارضایتی از این دارو است و عوارضی چون بی اشتها، تهوع و استفراغ ناشی از فلوگزتین مهمترین علت نارضایتی از دارو بوده و عوارض هر دو دارو مطابق با سایر مطالعات است [۱۱، ۱۲، ۶ و ۴].

به طور کلی چنین نتیجه گیری می شود که هر دو دارو در درمان افسردگی در گروههای مختلف سنی، تحصیلی، هر دو جنس مؤثر بوده و سرعت تأثیر

Comparison of Efficacy of Nortryptiline with Fluoxetine in the Treatment of Major Depression in Depressed Patients Referred to Yasuj Psychiatry Clinic

Hashemi SN^{*},
Zadehbagheri^{**},
Chorami M^{***}

*Assistant Professor of Psychiatry ,
Yasuj University of Medical Sciences
^{**}MSc in Psychology, Yasuj University
of Medical Sciences
^{***}General Practioner, Yasuj University
of Medical Sciences

KEYWORDS:
Depression,
Fluoxetine ,
Nortryptiline

Received: 16/10/1383

Accepted:24/12/1383

Corresponding Author: Hashemi SN
E- mail : hashemi@Yums.ac.ir

ABSTRACT

Introduction & Objective: Depression is the most common mood disorder between psychiatric diseases. This research was performed on depressed patients referred to Yasuj psychiatry clinic to compare the efficacy of nortryptiline and fluoxetine in the treatment of major depression .

Materials & Methods: Among patients that referred to Yasuj psychiatry clinic (since 1.11.81 till 15.5.82) 117 patient on the basis of interview, physical examination and Beck test, were recognized as depressed patient. The safety and efficacy of nortryptiline and fluoxetine were compared in a double-blind, randomized study in 117 patients with relatively moderate to sever depression. forty-nine nortryptiline and forty-eight fluoxetine patients completed 6 month of medication and we included them in the efficacy analysis.

Results : At the end of 6 methods treatment, 85.4% of patients with fluoxetine and 81.6% of patients with nortryptiline were much improved. There was significance statistical difference between them ($p < 0.05$).The average of Beck test results for fluoxetine patients at the end of 6 months was 16.16 and for nortytiline patients was 19.71. Fluoxetine was associated more frequently with nausea and vomiting ($p < 0.05$), while nortryptiline was more frequently with malaise, hypersomnia, constipation and headache ($p < 0.05$). In this study ,there was no statistical significance difference between sex, age, and efficacy of nortryptiline and fluoxetine.

Conclusion: Although the changes in depressive symptoms over 6 month treatment were comparable between fluoxetine and nortryptiline, however fluoxetine is superior to nortryptiline.

REFERENCES:

- [۱] صالحی خواه - ع. افسردگی از دیدگاه اسلام. نشریه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۳؛ سال اول شماره ۳: ۱۰-۱۳.
- [۲] جوانشانی - م. عوامل خطر افسردگی زنان در شهرک مسکونی الوند (شهر قزوین) مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۷۶؛ سال اول شماره ۴: ۱۴-۲۲.
- [۳] عبداللهیان - ا.، سرگلزایی - م. مطالعه فراوانی افسردگی و رابطه آن با متغیرهای جمعیت شناختی و تحصیلی و عوامل استرس زا در دانشجویان دانشگاه فردوس مشهد مجله علمی دانشکده پزشکی مشهد ۱۳۷۹؛ سال چهل و سوم شماره ۷۰: ۷۰-۷۵.
- [4] Gelder M , Mayou R , Geddes J . Affective disorder Oxford psychiatry. New York: Oxford university press page; 1999; 125-157.
- [5] Kaplan HI , Sadock BJ . Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1991; 89-383.
- [6] Kaplan HI, Sadock BJ . Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003; 534-591.
- [7] Fabre LF , Scharf MB , Itil TM . Comparative efficacy and safety of Nortryptiline and Fluoxetine in the treatment of major depression a clinical study .J Clin Psychiatry 1991; :62-70.
- [8] Roose SP , Glassman AH , Attia E , etal .Comparative efficacy of selective Serotonin reuptake inhibitors and Tricyclic in the treatment of melancholia. Am J Psychiatry 1994 ;151 : 1735-9.
- [9] Joyce PR, Mulder RT , Luty SE , etal .Pattern and predictors of response and recovery in major depression treatment with Nortryptiline or Fluoxetine . Aug N Z J Psychiatry 2002; 36: 384-91.
- [10] Emslie GJ , Heiligenstein JH ,Wagner KD , etal . Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents controlled , randomised clinical trial . Am J Acad Child Adolescence Psychiatry 2002 ; 41:1205-15.
- [11] Hong CJ , Hu WH , Chon CC , etal .A double blind randomized group comparative study of the tolerability and efficacy of 6 weeks treatment with Nitrazapin or Fluoxetine in depressed patients. Psychiatry 2003 ; 64:921-926.
- [12] Steiner M ,Brown E ,Trzepacz P ,etal .Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphoric disorder. Arch Women Mental Health, 2003; 6: 71-7.
- [13] Beck AT , Steer RA , Garbin MG . Psychometric properties of the Beck depression inventory , Clinical Psychology Review 1988; :77-100.
- [۱۴] کاویانی - ح. سادات مولوی - ا. محیط - ا. مصاحبه آزمونهای روانی. تهران: انتشارات سنا، ۱۳۸۰؛ ۱۸۰-۱۷۹.
- [15] Finkel SI . Efficacy and tolerability of antidepressant therapy in the old-old, Clin Psychiatry 1996; 57 : S23.