



## نکاتی درباره افسردگی و درمان آن

دکتر عباس پوستی

گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### ■ افسردگی چیست؟

هر کسی به‌طور اتفاقی ممکن است در مواردی احساس افسردگی و غمگینی کند اما این حالت معمولاً زودگذر بوده و در عرض یکی-دو روز برطرف می‌شود، ولی وقتی شخصی دچار بیماری افسردگی جدی است، این ناراحتی در زندگی روزانه و عملکرد طبیعی وی دخیل بوده و تأثیرگذار است و باعث درد و رنج خود و اطرافیان وی می‌شود. افسردگی یک بیماری شایع و جدی است که فرد بیمار باید تحت درمان قرار گیرد تا بهتر شود و خوشبختانه با درمان، بهبودی قابل توجه پیدا می‌کند. به‌طور مثال

گزارش شده است که ۸۰ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی، چنان‌چه بیش از ۲ سال تحت درمان جدی قرار گیرند به درمان جواب می‌دهند و در ۷۵ درصد آن‌ها هم از عود بیماری جلوگیری می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به یک نوع افسردگی خفیف هرگز در جستجوی درمان نیستند ولی عده بسیار زیادی از بیماران افسرده که تحت درمان قرار می‌گیرند راضی هستند. تحقیقات جدی و وسیعی در مورد این بیماری انجام گرفته که نتایج آن پیدایش و توسعه داروهای متعدد، روان‌درمانی و سایر روش‌ها جهت درمان این بیماران می‌باشد.

## ■ اشکال مختلف افسردگی

۱ - افسردگی بزرگ که آنرا افسردگی ماژور (major) نیز می‌نامند موجب علایمی می‌شود که در قابلیت و توانایی شخص جهت کار کردن، خواب مطالعه، خوردن، خوشحالی بیشتر و فعالیت‌های نشاط‌انگیز دخالت می‌کند. افسردگی بزرگ باعث ناتوانی و جلوگیری شخص از فعالیت‌های عادی وی می‌شود. یک حادثه افسردگی بزرگ ممکن است تنها یک بار در دوره عمر شخص اتفاق افتد اما بیشتر اوقات این بیماری در سرتاسر زندگی یک فرد عود می‌کند.

۲ - افسردگی مزمن که ۲ سال و یا بیشتر طول می‌کشد و بیشتر در افراد مسن اتفاق می‌افتد (Dysthymic disorder) علایم آن شدت کمتری دارد ولی ممکن است با ناتوانی بیمار توأم باشد و از یک نوع عملکرد عادی یا احساس خوب شخص جلوگیری کند. فرد مبتلا به این بیماری ممکن است در طول زندگی خود یک یا چند بار دچار حادثه افسردگی بزرگ یا شدید نیز بشود. بین برخی از اشکال افسردگی اختلافات کمی وجود دارد و ممکن است تحت شرایط محیطی خاصی توسعه یابند که البته تمام دانشمندان با این اشکال مشخص و معین موافق نیستند. این اشکال شامل:

### الف - دپرسیون پسیکوتیک

موقعی است که یک افسردگی شدید همراه با برخی از اشکال پسیکوز باشد، مانند قطع ارتباط با واقعیت‌ها، بی‌ربط بودن کلام، توهمات و خیالات باطل

### ب - افسردگی پس از زایمان

نحوه بروز این بیماری بدین‌گونه است که

خانمی یک ماه پس از زایمان اول، دچار یک حمله افسردگی بزرگ شود. این عارضه در ۱۰-۱۵ درصد خانم‌ها بعد از زایمان اتفاق می‌افتد.

### ج - اختلالات عاطفی فصلی

از مشخصات آن، شروع افسردگی در طول ماه‌های زمستان می‌باشد، یعنی وقتی که نور خورشید کم است و عموماً این نوع افسردگی در ماه‌های بهار و تابستان بهبود می‌یابد و درمان آن هم توسط نوردرومانی انجام می‌گیرد که البته نیمی از این بیماران به نوردرومانی تنها جواب نمی‌دهند و با دادن داروهای ضدافسردگی و پسیکوتراپی علایم آن کاهش می‌یابد که این درمان می‌تواند همراه یا بدون نوردرومانی انجام گیرد.

### د - افسردگی دو قطبی

این بیماری را مانیک - دپرسیو هم می‌نامند ولی شیوع آن به اندازه افسردگی ماژور و یا نوع مزمن افسردگی نیست. مشخصات افسردگی دو قطبی آن است که شخص مبتلا به‌طور دوره‌ای تغییرات خلقی پیدا می‌کند، به‌طوری که گاهی در نهایت و حد جنون علایم تحریکی و شیدایی در او دیده می‌شود که آن را مانیا (mania) می‌نامند و یا برعکس بسیار افسرده و غمگین می‌شود (افسردگی).

## ■ علایم و نشانه‌های بیماری

کلیه افراد مبتلا به افسردگی علایم مشابهی را نشان نمی‌دهند. شدت، طول مدت و تکرار دفعات علایم وابسته به شخص و بیماری مخصوص وی متغیر است. این علایم عبارتند از: غمگینی مداوم نگرانی و اضطراب، کاهش عواطف و احساسات احساس ناامیدی و یا بدبینی، احساس گناه

گاهی اوقات افسردگی توام با بیماری‌های جدی دیگری مانند بیماری‌های قلبی، سکتة مغزی، سرطان، دیابت‌ها و بیماری پارکینسون دیده می‌شود. مطالعات نشان داده است افرادی که افسردگی را علاوه بر بیماری دیگر به دنبال می‌کنند خیلی مشکل این شرایط را می‌توانند تحمل کنند و هزینه‌های پزشکی آن‌ها بیشتر از افرادی است که فاقد این عارضه هستند و تحقیقات انجام شده تأیید می‌کند که در اشخاصی که بیماری آن‌ها توام با افسردگی است اگر چنانچه افسردگی آن‌ها درمان شود، بیماری همراه هم زودتر بهبود می‌یابد (۲).

#### ■ علل افسردگی

تنها یک عامل موجب افسردگی نمی‌شود بلکه به نظر می‌رسد عوامل متعددی مانند: ژنتیک بیوشیمی، محیطی و پسیکولوژیک در ایجاد آن دخالت دارند.

بیماری افسردگی ناشی از اختلالات مغزی است. آزمایش‌های تصویر رزونانس مغناطیسی (MRI) نشان داده است که مغز بیماران افسرده با افراد معمولی فرق دارد. به نظر می‌رسد قسمت‌هایی از مغز که مسؤول تنظیم اخلاق، تفکر خواب، اشتها و تظاهرات رفتاری شخص است دچار کارکرد غیرطبیعی می‌شوند و عدم تعادل بین میانجی‌های عصبی - شیمیایی که ارتباط بین سلول‌های مغزی را برقرار می‌کنند، به وجود می‌آید ولی این تصاویر معلوم نمی‌کند که چرا افسردگی اتفاق افتاده است. برخی افسردگی‌ها خانوادگی است که به ژنتیک مربوط می‌شود. معذک ممکن است

بی‌ارزشی، بیچارگی و درماندگی، تحریک‌پذیری بی‌توجهی به فعالیت‌های روزانه یا احساس ناگهانی سرگرمی خوشحال‌کننده مانند اعمال جنسی، خستگی و کاهش انرژی، اشکال در تمرکز فکر، به خاطر آوردن کارهای گذشته و تصمیم‌گرفتن درباره آن‌ها، بی‌خوابی، بیداری در صبح زود یا خواب زیاد، پرخوری، کاهش یا افزایش اشتها، فکر خودکشی، سعی به خودکشی، دردهای مداوم، سردردها، گرفتگی عضلات یا مسایل گوارشی، افزایش و یا کاهش وزن (۱).

#### ■ بیماری‌های همراه با افسردگی

گاهی افسردگی با بیماری‌های دیگری همراه می‌شود که ممکن است قبل از افسردگی، علت آن و یا نتیجه افسردگی باشند.

اختلالات اضطرابی مثل بیماری استرس بعد از ضربه، اختلالات وسواسی، ترس و وحشت، ترس از اجتماع و اضطراب عمومی، اغلب با افسردگی همراه هستند. افرادی که دچار استرس پس از ضربه و آسیب هستند، خاطرات آن برای ایشان دوباره زنده شده و دچار کابوس می‌شوند. سایر علایم شامل قابلیت تحریک، خشم و غضب برافروختگی، احساس گناه شدید، اجتناب از فکر کردن یا گفتگو درباره عذاب بدنی آن ضربه است. تقریباً ۴۰ درصد افرادی که دچار تروما یا ضربه شده‌اند، بعد از یک ماه و به‌طور متناوب ۴ ماه بعد مبتلا به افسردگی می‌شوند.

الکل و سایر موادی که مصرف نابه‌جا دارند یا وابستگی به مواد دیگر ممکن است با افسردگی همراه باشند.

روی میانجی شیمیایی مغز تاثیر داشته و افسردگی را باعث می‌شوند. بالاخره عوامل دیگری مانند خانه‌داری، مواظبت از کودکان، سالمندی پدر و مادر، جدال‌های شدید و غیره ممکن است در تولید افسردگی‌های زنان دخیل باشند.

### ■ افسردگی در مردان

افسردگی در مردان اغلب با زنان فرق دارد و حتی علایم آن نیز ممکن است تفاوت داشته باشد. ظاهراً مردان اعتراف می‌کنند که دچار خستگی، تحریک‌پذیری، از دست دادن ناگهانی علاقه و دلبستگی و فعالیت‌های خوشحال‌کننده و اختلالات خواب هستند. در حالی که خانم‌ها بیشتر احساس غمگینی، بی‌ارزشی و یا گناه بسیار شدید می‌کنند.

در صورت بروز افسردگی، مردان بیش از زنان به الکل یا داروهای دیگر پناه می‌برند و یا این که دچار ناامیدی، ناکامی، تحریک‌پذیری، رنجیدگی خاطر و بدزبانی می‌شوند. برخی مردان بیشتر دنبال کار و پیشه خود می‌روند تا این که از گفتگو راجع به افسردگی خود با دوستان و فامیل اجتناب ورزند و یا این که دچار رفتار خطرناک شده و حتی بیشتر از خانم‌ها به فکر خودکشی می‌افتند و در آمریکا بسیاری از مردان مبتلا اقدام به خودکشی می‌کنند.

### ■ چطور مردان سالمند دچار افسردگی می‌شوند

به‌طور طبیعی افسردگی قسمتی از پیری نیست ولی مطالعات نشان داده است که بیشتر افراد

افسردگی در افرادی دیده شود که سابقه فامیلی هم نداشته باشند. تحقیقات ژنتیک پیشنهاد می‌کند خطر افسردگی نتیجه تاثیر عمل ژن‌های متعددی است که عوامل محیطی یا سایر عوامل در آن تاثیرگذار است. به علاوه، تروما موجب از بین رفتن علاقه و دوست داشتن می‌شود. اختلال در رابطه خویشاوندی یا هر نوع موقعیت موفقیت‌آمیز ممکن است یک عامل تحریکی برای شروع حادثه افسردگی باشد. حوادث بعدی افسردگی ممکن است با یا بدون عامل تحریکی معینی به‌وجود آید.

### ■ وضعیت افسردگی در زنان

افسردگی در خانم‌ها بیشتر از مردان دیده می‌شود. چرخه بیولوژیک زندگی، عوامل هورمونی و روانی در خانم‌ها ممکن است رابطه‌ای با افسردگی آن‌ها داشته باشد. تحقیقات به اثبات رسانده است که هورمون‌های زنانه رابطه مستقیمی با میانجی شیمیایی مغز دارد که مسؤول کنترل رفتار و هیجان‌های شخص است. مثلاً خانم‌ها بعد از زایمان آسیب‌پذیری مخصوصی به افسردگی دارند. بسیاری از مادران در زایمان اول افسردگی بعد از زایمان را تجربه می‌کنند که به عقیده بعضی‌ها آن‌ها سابقه این کسالت را داشته‌اند. برخی از زنان به افسردگی شدید قبل از قاعدگی حساسیت نشان می‌دهند که آن را مربوط به تغییرات هورمونی در دوران تخمک‌گذاری و فرآیندهای قبل از قاعدگی می‌دانند. قبل از شروع یائسگی هم برخی زنان به افسردگی دچار می‌شوند. دانشمندان معتقدند که کاهش یا افزایش هورمون استروژن یا سایر هورمون‌ها بر

### ■ افسردگی در کودکان و نوجوانان

دانشمندان گروه روان‌پزشکی توجه شدید خود را به خطرات افسردگی در کودکان معطوف داشته و نشان داده‌اند که افسردگی دوران کودکی اغلب تداوم یافته و ممکن است عود کند و یا این که به دوران بلوغ برسد به‌خصوص اگر درمان نشود.

بچه‌ای که مبتلا به افسردگی می‌باشد ممکن است وانمود کند که بیمار است و از رفتن به مدرسه امتناع ورزد. به پدر و مادر بیشتر علاقه‌مند شده و به آن‌ها وابسته گردد و از این که ممکن است یکی از والدین وی فوت کند، غصه بخورد. بچه‌های بزرگتر ممکن است اخم کنند و برای به مدرسه رفتن اشکال‌تراشی نموده، منفی‌باف و تحریک‌پذیر بوده، احساس بد فهمیدن کنند و این علائم ممکن است منظره‌ای از حالات طبیعی خلق و خوی پرنوسان این بچه‌ها باشد، زیرا به مرحله رشد حرکت می‌کنند و امکان دارد تشخیص افسردگی در نوجوانان مشکل باشد.

قبل از بلوغ علائم افسردگی دختران و پسران مشابه است ولی از سن ۱۵ سالگی دختران دو برابر پسران به افسردگی دچار می‌شوند تا این که بالغ شوند و مسایل مخصوص پسر و دختر مسایل جنسی و تصمیم برای زندگی جدا از پدر و مادر مطرح می‌شود. افسردگی در بالغان اغلب با اختلالات دیگری مانند هیجان و اضطراب، تغییر رفتار و اخلاق، اختلال در غذا خوردن و یا مصرف مواد نابه‌جا و همچنین خطر خودکشی نیز در کار است که اگر درمان دارویی و پسیکوتراپی هرچه زودتر شروع شود بسیار مؤثر بوده و از عود آن جلوگیری می‌شود.

بزرگ‌تر از زندگی خود احساس رضایت می‌کنند با وجودی که به‌طور فیزیکی به درد و رنج آن‌ها افزوده شده است. با این وجود، وقتی که افراد بالغ مسن‌تر دچار افسردگی می‌شوند، ممکن است از بیماری خود چشم‌پوشی کنند، زیرا در افراد بزرگ‌تر افسردگی ممکن است فرق کند و علائم آن کمتر ظاهر شود و کمتر تمایل به تجربه و یا اعتراف به غمگینی و غم و غصه داشته باشند.

به‌علاوه، در افراد سالمند ممکن است موارد طبی دیگری مانند بیماری‌های قلبی، سرطان و سکتة مغزی باعث افسردگی آن‌ها شود یا داروهایی را دریافت کنند که از عوارض آن‌ها افسردگی باشد یا دچار افسردگی عروقی شوند که آن را افسردگی آترواسکلروزیس نامند و به‌علت تنگی عروق، خون خوب به اعضا از جمله مغز نرسد که شخص ممکن است دچار سکتة مغزی شود و یا بیماری‌های قلبی عروقی را تجربه کند.

خودکشی هم در بین افراد مسن به‌خصوص بالای ۸۵ سال به حداکثر می‌رسد.

گاهی این افسردگی‌های افراد مسن توسط دکتر تشخیص داده نمی‌شود و بعد از خودکشی معلوم می‌شود آن‌ها به پزشک هم مراجعه کرده‌اند ولی درمان نشده‌اند.

این افراد با درمان توسط داروهای ضدافسردگی و یا پسیکوتراپی یا درمان توأم جواب می‌دهند و عود بیماری کاهش می‌یابد.

پسیکوتراپی تنها هم در درمان آن‌ها مؤثر بوده و دوره بهبودی را طولانی‌تر می‌کند به‌خصوص در افراد مسنی که افسردگی خفیفی دارند و یا نمی‌توانند دارو دریافت کنند (۳).

## ■ درمان افسردگی

وقتی برای بیماری تشخیص افسردگی داده شد، چندین روش درمانی موجود است که مهم‌ترین آن‌ها درمان دارویی و پسیکوتراپی می‌باشد که باید هرچه زودتر شروع شود زیرا هم درمان مؤثرتر بوده و احتمالاً از عود بیماری هم جلوگیری می‌شود. داروهای ضدافسردگی موجب طبیعی شدن میانجی‌های عصبی مسؤول افسردگی در مغز هستند که مهم‌ترین آن‌ها سروتونین و نوراپی‌نفرین می‌باشد و برخی دیگر از ضدافسردگی‌ها، روی دوپامین اثر می‌کنند. محققان دریافته‌اند که این مواد شیمیایی مخصوص موجب تنظیم خلق و خوی بیمار می‌شوند که البته مکانیسم دقیق آن‌ها در درمان این بیماری معلوم نشده است.

جدیدترین و پرمصرف‌ترین داروهای ضدافسردگی شامل: مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) و نوراپی‌نفرین هستند. مهارکننده‌های SSRI شامل فلواکستین (Fluoxetine)، سیتالوپرام (Citalopram)، سرتالین (Sertraline) و تعدادی دیگر از این گروه هستند. مهارکنندگان باز جذب سروتونین و نورآدرنالین (SNRI) شبیه SSRIs بوده و شامل ونلافاکسین (Venlafaxine) و دولوکستین (Duloxetine) می‌باشند.

SSRIs و SNRIs شایع‌ترین داروهای مورد مصرف کنونی هستند که نسبت به ضدافسردگی‌های قدیمی‌تر مانند سه حلقه‌ای‌ها و مهارکننده‌های منوآمین‌اکسیدازها (MAO) ارجحیت دارند. زیرا این داروها عوارض کمتری را باعث می‌شوند. با این حال، برای بعضی بیماران، داروهای ضدافسردگی

سه حلقه‌ای مانند ایمی‌پرامین، آمی‌تری‌پتیلین دوکسپین و دزیپرامین یا MAOIs مانند ترانیل سیپرومین و فنلزین بهترین انتخاب هستند. بیمارانی که داروهای MAOI دریافت می‌کنند باید از مصرف بعضی غذاها به‌طور جدی پرهیز کنند. زیرا ممکن است تداخلات خطرناکی با آن‌ها اتفاق افتد. مثلاً از غذاهایی که حاوی مقدار زیادی تیرامین هستند مانند بسیاری از پنیرها، شراب‌ها، جگر مرغ، ترشی‌جات باید اجتناب ورزند. همچنین برخی داروها مثل ضداحتقان‌ها را توام با آن‌ها مصرف نکنند. تداخل MAOIs با تیرامین موجب افزایش شدید فشارخون شده که حتی ممکن است منجر به سکته مغزی شود. به همین جهت پزشکی که برای بیمار از این داروها نسخه می‌کند باید فهرستی از غذاها و داروهای که با MAOIs تداخل عمل دارند در اختیار بیمار قرار دهد.

بیمار باید کلیه داروهای ضدافسردگی را حداقل ۳ - ۴ هفته از شروع درمان با مقادیر تجویز شده به‌طور منظم، در وقت معین شده و به‌طور مداوم طبق دستور پزشک مصرف کند. حتی اگر احساس کند بهتر گردیده، تا از عود بیماری جلوگیری شود. قطع دارو هم باید به دستور پزشک باشد که به‌تدریج قطع گردد. بهتر است به بدن وقت کافی داده شود تا خود را تطبیق دهد. این داروها عادت و اعتیاد نمی‌دهند ولی قطع ناگهانی آن‌ها ممکن است موجب سندروم محرومیت یا عود بیماری را در پی داشته باشد و به‌علاوه، اگر بیمار به‌یک دارو جواب نداد، می‌توان طبق دستور پزشک داروی دیگری را به رژیم دارویی وی اضافه کرد که این شانس را دارد که علائم بیماری از بین برود (۴).

دارند، اثر تسکینی دارو در به خواب رفتن آن‌ها کمک می‌کند.

#### ۵- لاموتریزین

یک داروی ضد تشنج است که آن را به عنوان پروفیلاکسی افسردگی‌های دوقطبی پیشنهاد کرده‌اند که در بعضی آزمایش‌ها جواب داده است (۴).

#### ■ اثرات جانبی داروهای ضد افسردگی

داروهای ضد افسردگی می‌توانند در بعضی افراد اثرات جانبی خفیف و موقتی تولید کنند ولی در صورت بروز واکنش‌های غیرطبیعی که در کارکرد طبیعی بیمار تاثیرگذار باشد بلافاصله به پزشک گزارش شود.

شایع‌ترین اثرات جانبی که همراه داروهای SSRI و SNRI دیده می‌شود شامل:

□ سردرد که معمولاً موقتی است و به تدریج کاهش می‌یابد.

□ تهوع که موقتی می‌باشد و معمولاً مدت‌ش کوتاه است.

□ بی‌خوابی و عصبانیت که چنانچه دوز دارو کم شود به تدریج کاهش می‌یابد.

□ تشویش و بی‌قراری (احساس ناآرامی)

□ مسایل جنسی، هم زنان و هم مردان دچار اشکالات جنسی می‌شوند. مثل کاهش میل جنسی

اختلال عملکرد نعوظ، انزال دیررس، و عدم توانایی در رسیدن به اوج جنسی (ارگاسم)

□ خشکی دهان که نوشیدن آب یا جویدن آدامس و تمیز کردن روزانه دندان‌ها کمک می‌کند.

□ یبوست، اگر حبوبات، آلو، میوه‌جات و سبزی‌جات

سایر داروهای ضد افسردگی عبارتند:

#### ۱- ترازودون (Trazodone)

یک داروی مسدود پس‌سیناپسی گیرنده‌های سروتونین ( $5-HT_2$ ) و مهارکننده ضعیف باز جذب سروتونین است. نیمه عمر آن کوتاه (۳-۹ ساعت) و چند بار در روز مصرف می‌شود. عوارض آن به صورت بی‌خوابی، اختلال‌های شناختی، نقصان فشارخون وضعیتی و آریتمی بطنی است. به همین جهت مصرف آن محدود است.

#### ۲- نفازودون (Nefazodone)

از نظر ساختمانی وابسته به ترازودون است. مهارکننده ضعیف باز جذب سروتونین و آنتاگونیست قوی گیرنده‌های  $5-HT_2$  است. اثر ضد اضطراب و هیجان آن توام با ترازودون بیشتر از SSRI است. به همین دلیل این دارو در افسردگی‌های توام با اضطراب مفید می‌باشد (۵).

#### ۳- بوپروپیون (Bupropion)

این دارو با مکانیسم نامشخص باعث بهبود علائم افسردگی می‌شود. به علت کوتاهی نیمه عمر آن باید بیش از یک بار در روز داده شود. تنها دارویی است که باعث کاهش اشتیاق به مصرف نیکوتین در افراد مصرف‌کننده دخانیات می‌گردد.

عوارض آن به صورت خشکی دهان، تعریق بی‌خوابی، کاهش وزن و لرزش است و مقدار زیاد تشنج می‌دهد.

#### ۴- میرتازاپین (Mirtazapine)

این دارو باعث انسداد گیرنده‌های  $5-HT_2$  و  $\alpha_2$  آدرنرژیک می‌شود. به علت فعالیت ضد هیستامینی زیاد اثر تسکینی دارد. باعث افزایش اشتها و چاقی می‌شود. در بیماران افسرده‌ای که اختلال خواب

مصرف شود کمک به بهبود می‌کند.  
 □ مشکلات مثانه‌ای، تخلیه مثانه ممکن است دچار اشکال شود. جریان ادرار مانند قبل از دارو قوی نیست. افراد سالمند مبتلا به هیپرپلازی پروستات ممکن است بیشتر دچار این عارضه شوند و اگر موقع ادرار درد داشتند، باید با پزشک مشورت کنند.

□ تیرگی دید، اغلب به‌زودی رفع می‌شود.

□ خواب‌آلودگی در طول روز، معمولاً به‌زودی رفع می‌شود اما وقتی این عارضه پیدا می‌گردد، باید از رانندگی و کارهای دقیق پرهیز کرد. به همین جهت داروهای ضدافسردگی مسکن و خواب‌آور را در موقع شب تجویز می‌کنند تا بیمار هم خوب بخوابد و هم در روز خواب‌آلودگی نداشته باشد.

عارضه ایجاد مانیا و فکر خودکشی بعد از مصرف داروهای ضدافسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی گزارش شده است

### ■ روان‌درمانی (پسیکوتراپی)

چند نوع پسیکوتراپی یا گفتگو درمانی ممکن است به بیماران دچار افسردگی کمک کند. برخی رژیم‌های پسیکوتراپی ممکن است کوتاه مدت باشد (۱۰ - ۲۰ هفته) و برخی طولانی‌تر که وابسته به وضعیت بیمار است. دو نوع اصلی پسیکوتراپی شامل شناخت - رفتار درمانی و درمان بین فردی است که نشان داده‌اند در درمان افسردگی مؤثر است و توسط آموزش راه‌های جدید تفکر و سلوک اجرا می‌شود. شناخت - رفتار درمانی به افراد کمک می‌کند که در روش تفکر و سلوک و رفتار مشخص آن‌ها تأثیرگذار باشد.

برای افسردگی‌های خفیف و متوسط پسیکوتراپی ممکن است بهترین درمان باشد. برای درمان افسردگی‌های شدید و ماژور و در برخی افراد پسیکوتراپی ممکن است کافی نباشد. مطالعات نشان داده است که در افراد بالغ مبتلا به افسردگی شدید، توام کردن پسیکوتراپی با درمان دارویی ممکن است بیشترین تأثیر را داشته باشد و از عود بیماری هم جلوگیری کند. با همین تشابه در افراد سالمند افسرده نشان داده‌اند آن‌هایی که به دارودرمانی اولیه و درمان فردی جواب داده‌اند. به نظر می‌رسد چنانچه حداقل دو سال این توام درمانی را ادامه دهند، عود بیماری هم کاهش می‌یابد.

### ■ درمان با الکتروشوک

در مواردی که دارودرمانی و پسیکوتراپی در درمان افسردگی جواب ندهند و بیماری مقاوم باشد الکتروشوک مفید خواهد بود. قبلاً الکتروشوک درمانی اشتهار بدی داشت ولی در سال‌های جدید در بیماران دچار افسردگی شدید که به سایر درمان‌ها مقاوم باشند، این نوع درمان موجب بهبودی رضایت‌بخشی خواهد شد. قبل از درمان با الکتروشوک، لازم است بیمار یک داروی شل‌کننده عضلانی و یک بیهوشی سبک دریافت کند تا ایمپالس‌های الکتریکی را در حالت هوشیاری احساس نکند. یک بیمار به‌طور نوبتی چند بار در هفته الکتروشوک را تجربه می‌کند و اغلب احتیاج دارد که در ضمن یک داروی ضدافسردگی یا تثبیت‌کننده خلق‌وخو به‌طور تکمیلی دریافت کند تا از عود بیماری جلوگیری شود. برخی بیماران تنها یک دوره الکتروشوک نیاز دارند و در بعضی



منابع

1. File://NIMH.Depression. complete publication. html
2. Conway KP. Compton W. Stinson FS. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from national epidemiologic survey on alcohol on related conditions. J Clin Psychiat 2006; 67: 247-257.
3. Reynolds CF. Dew MA. Maintenance treatment of major depression in old age. N Engl J Med 2006; 354: 1130-1138.
4. Trivedi MH. Fava M. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. N Engl J Med 2006; 354: 1243-1252.
5. Belmaker RH. Treatment of bipolar depression. N Engl J Med 2007; 356: 1771-1773.

دیگر به یک الکتروشوک نگهدارنده که ابتدا یک بار در هفته و به تدریج به یک بار در ماه به مدت یک سال ادامه یابد.

الکتروشوک در بعضی موارد ممکن است اثرات جانبی کوتاهی داشته باشد که شامل گیجی، عدم جهت یابی، و از دست دادن حافظه است ولی این عوارض به زودی بعد از درمان از بین می روند. تحقیقات نشان داده است که یک سال بعد از درمان با الکتروشوک در بیماران اثرات زیانبار شناختی دیده نشده است.

