

راهکار طبابت بالینی

اختلال افسردگی عمده

دورنما

اهمیت و همه گیرشناسی

اختلالات خلقی^۱ به گروه بزرگی از اختلالات گفته می شود که در آنها خلق پاتولوژیک و آشفتگی های مربوط به آن ، قسمت عمده ی تصویر بالینی را تشکیل می دهد. این اختلالات را که قبلا به عنوان اختلالات عاطفی^۲ نیز می شناختند ، بهتر است به عنوان یک سندرم در نظر گرفت تا یک بیماری منفرد؛ زیرا مجموعه ای از علائم و نشانه ها را در بر می گیرند که هفته ها و ماهها طول می کشند و باعث اختلال واضح در عملکرد می شوند و تمایل به بازگشت به شکل دوره ای یا سیکلی دارند.

اختلال افسردگی عمده یکی از اختلالات خلقی است که میزان شیوع آن در کل دوره ی زندگی حدود ۱۵ درصد است و این میزان در مورد زنان ممکن است تا ۲۵ درصد برسد. بروز اختلال افسردگی عمده در بیماران بخش مراقبتهای اولیه ۱۰ درصد و در بیماران بستری در بخشهای بیمارستانی ۱۵ درصد است. در یک مطالعه جهانی مستقل از ملیت و فرهنگ، این اختلال در زنان دو برابر شایعتر از مردان نشان داده شده است.

سن متوسط شروع اختلال افسردگی عمده در حدود چهل سالگی است و پنجاه درصد تمام بیماران، شروع علائم را بین سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی تجربه می کنند. این اختلال در کودکی و سالمندی نیز می تواند آغاز شود. آمارهای اخیر نشان دهنده ی افزایش بروز این اختلال بین افراد زیر ۲۰ سال است که ممکن است به خاطر افزایش سوء استفاده از الکل و داروها در این رده ی سنی باشد. این اختلال بیشتر در افرادی اتفاق می افتد که روابط بین فردی نزدیکی ندارند یا اینکه جدا شده و مطلقه هستند. ارتباطی بین وضعیت اقتصادی – اجتماعی و این اختلال یافت نشده است.

زمانی که یک اپیزود افسردگی اتفاق می افتد، حداقل پنجاه درصد شانس تکرار در طی زندگی فرد وجود دارد. تا یک سوم اپیزودهای افسردگی نیز ممکن است مزمن شوند. درمان ناکافی، خطری برای افسردگی مکرر و مزمن است. در بسیاری موارد، پزشکان مراقبتهای اولیه، افسردگی را تشخیص می دهند و درمان می کنند ولی بسیاری از موارد نیز ناشناخته باقی می ماند. این مساله به علت فراوانی تظاهرات غیرمعمول بیماری و همراهی با شکایات جسمی متعدد است که تشخیص اصلی را از نظر پنهان می کنند. حتی وقتی افسردگی کاملا تشخیص داده شده باشد، تا پنجاه درصد بیماران با دوزهای ناکافی یا دوره ی بسیار مختصر داروهای ضدافسردگی درمان می شوند.

افسردگی خطر مرگ و میر و ناتوانی را هم از طریق خودکشی و هم از طریق اختلالات پزشکی همراه افزایش می دهد. نیز باید در نظر داشت که در طی بیماری، کاهش عملکردی در حیطه های مختلفی دیده می شود که هزینه های روانی _ اجتماعی و روانپزشکی را نه تنها برای خود فرد که برای جامعه در پی دارد.

جمعیت هدف راهکار طبابت

افراد بالای ۱۸ سال مشکوک به افسردگی

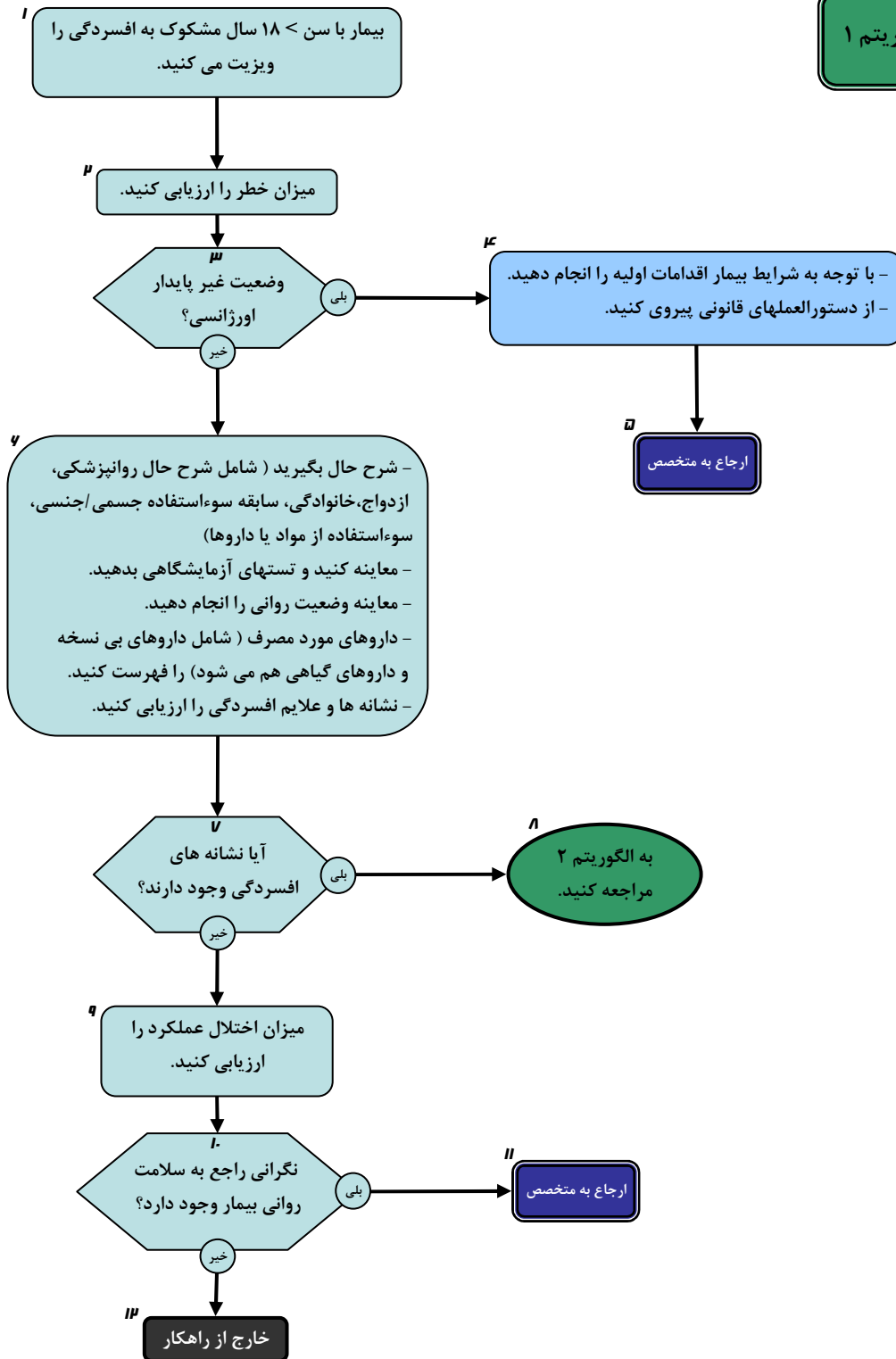
توصیه ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی گیرد و نیز رد کننده ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

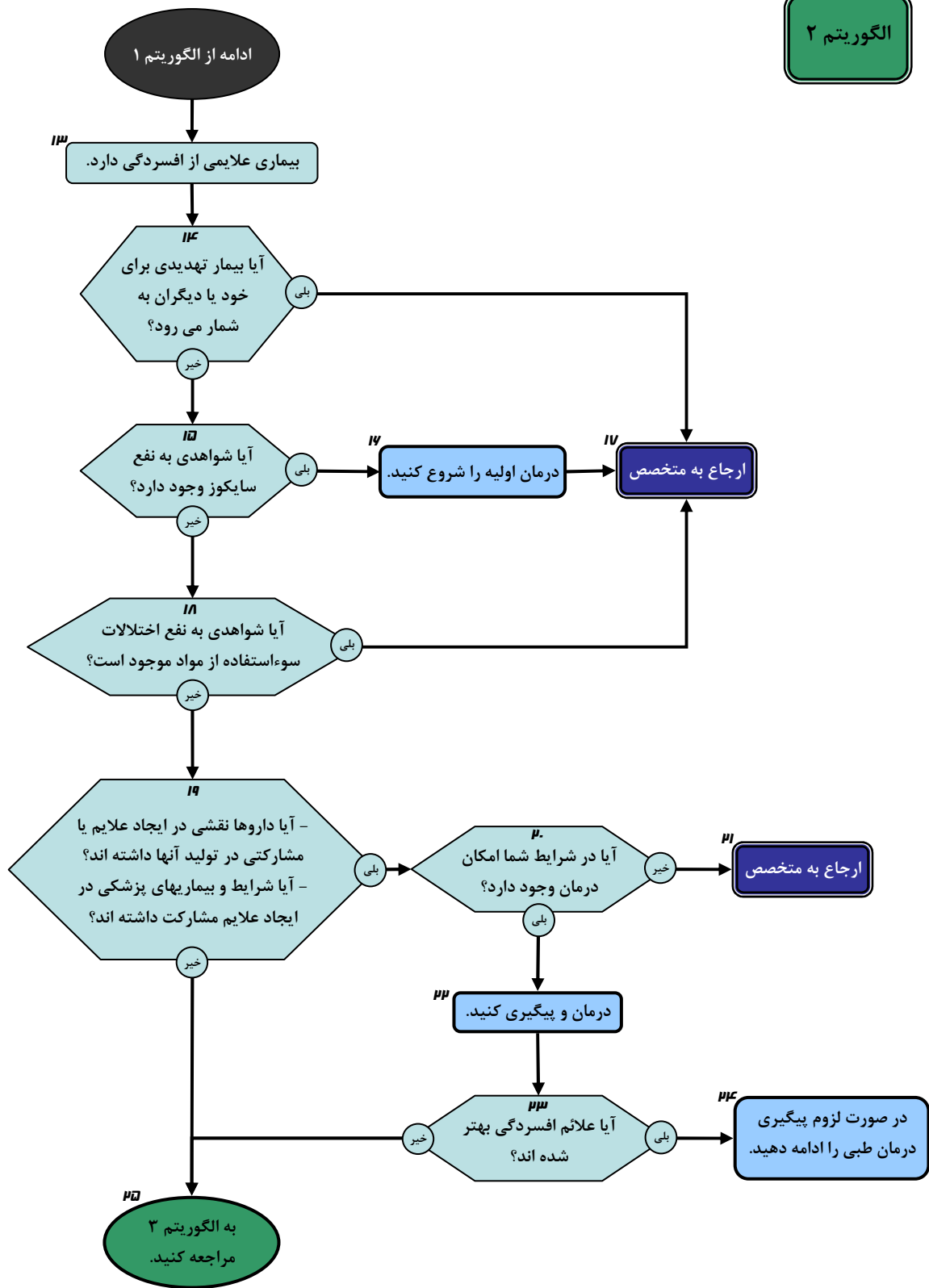
¹ . Mood Disorders

² . Affective Disorders

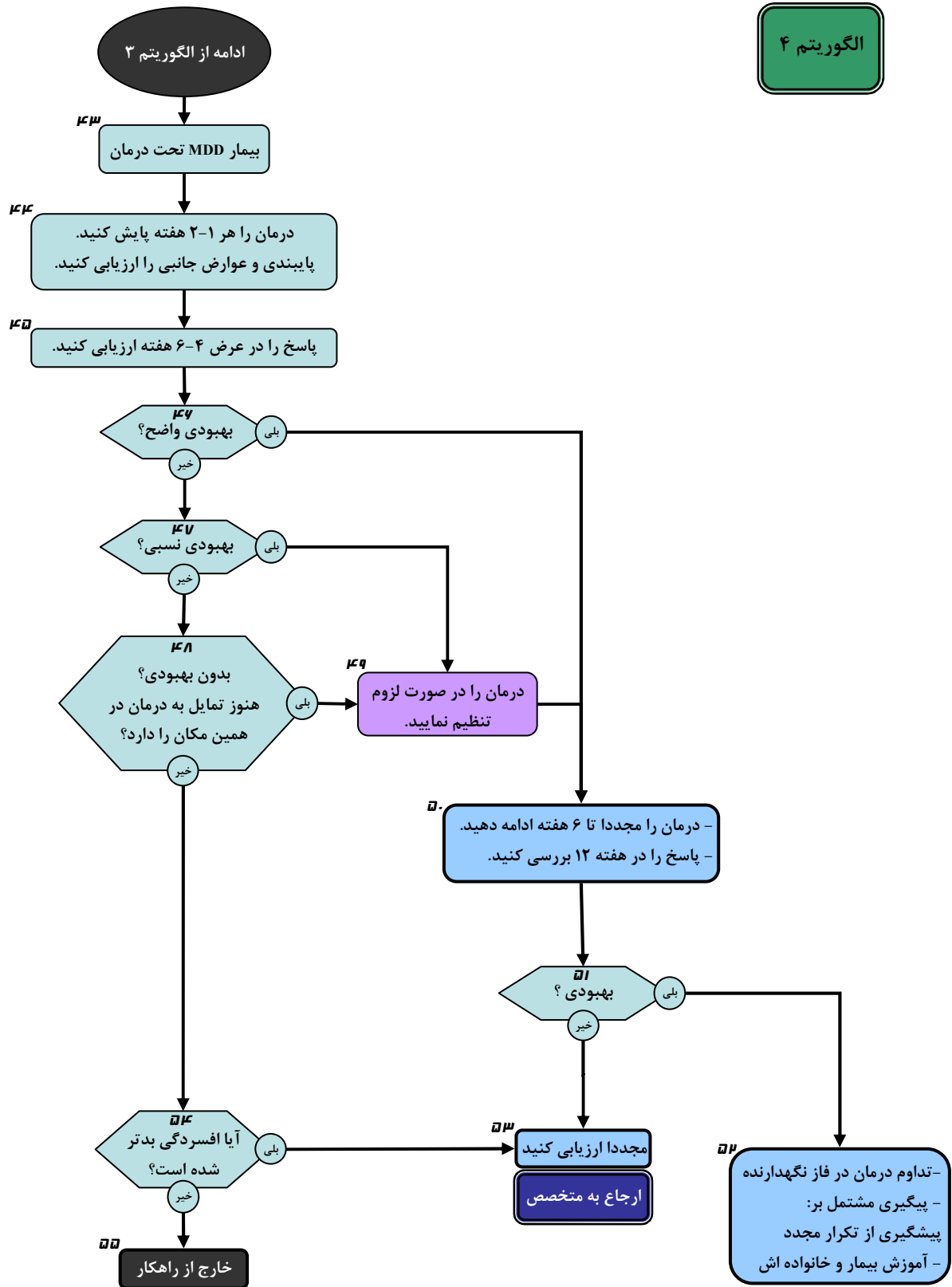
الگوریتم ۱



الگوریتم ۲



الگوریتم ۴



۲. میزان خطر را ارزیابی کنید.

① شرایط ناپایدار اعم از فیزیولوژیک یا روانپزشکی نیازمند توجه فوری هستند و شامل موارد زیرند:

۱. دلیریوم
۲. علائم واضح سایکوز
۳. علائم شدید افسردگی / افسردگی شدید
۴. خودکشی گرای
۵. امکان اعمال خشونت
۶. شرایط اضطراری و ناپایدار پزشکی

۱. دلیریوم^۱

یک اختلال بسیار شایع شناخت و هوشیاری است که شروعی بسیار حاد و ناگهانی دارد که معمولاً در ابتدا تشخیص مناسب ندارد. این حالت به خصوص در مورد سالمندان و بیماران مزمن مصداق دارد.

۲. علائم واضح سایکوز

سایکوز به تنهایی یک اختلال نیست، بلکه به عنوان نشانه ای است که ممکن است در شرایط مختلفی ظهور پیدا کند. بیماران سایکوتیک، حس واقع گرایی تحلیل رفته ای دارند که شامل علائم مثبت (توهم، هذیان، رفتار یا گفتار سازمان نیافته) و علائم منفی (بی محتوایی فکر ، فقدان انگیزه ، دوری گزینی اجتماعی) می شود.

۳. علائم شدید افسردگی / افسردگی شدید

علائم شدید افسردگی مثل کاتاتونیا، سوء تغذیه، ناتوانی شدید و ... هستند. تظاهر بالینی بیماران افسرده از گوناگونی قابل توجهی برخوردار است که این مورد نه تنها در نمود علائم neurovegetative مختلف دیده می شود بلکه در بزرگنمایی شدت این علائم هم صدق می کند.

۴. خودکشی گرای^۲

رفتار خودکشی با وجود معیارهای زیر به خوبی ارزیابی می شود:

- ایده ها و طرحهای موجود برای خودکشی
- وجود یک بیماری روانی فعال (افسردگی شدید یا سایکوز)
- وجود اختلال سوء استفاده از مواد
- سابقه ی قبلی مبنی بر اعمال خودکشی یا طرح ریزی یک نقشه
- در دسترس بودن وسایل برای خودکشی (اسلحه ی گرم، قرص و...)
- از هم گسیختگی یک رابطه ی شخصی مهم
- شکست در یک سری تلاشهای شخصی مهم

۵. امکان اعمال خشونت

خشونت اغلب به عنوان پاسخی به یک تهدید یا ناشی از استیصال واضحی است که از ناتوانی در رسیدن به اهداف بدون توسل به راههای غیر خشن نتیجه می شود. عوامل اختصاصی که در ایجاد رفتار خشونت بار (پرخاشگرانه) مشارکت دارند شامل عوامل روانپزشکی، پزشکی، محیطی و اجتماعی است. علت هر چه باشد، شرایط ذیل ممکن است زنگ خطری برای اعمال خشونت باشد:

- ایده هایی در مورد خشونت یا تصمیم جدی بر صدمه رساندن به دیگران
- سابقه ی رفتار خشونت بار (پرخاشگرانه)
- بیقراری شدید^۳ یا خصومت و کینه ی شدید
- سایکوز فعال

^۱. Delirium

^۲. Suicidality

^۳. Severe Agitation

۶. شرایط اضطراری و ناپایدار پزشکی

هر گونه شرایطی است که به طور ناگهانی تهدیدی برای سلامت باشد و یا احتیاج به مراقبتهای اورژانسی پزشکی داشته باشد. این موارد شامل انفارکتوس حاد قلبی، نارسایی تنفسی، بحران فشار خون بالا، کتواسیدوز دیابتیک و... است.

۴. با توجه به شرایط بیمار اقدامات اولیه را انجام دهید و از دستورالعملهای قانونی پیروی کنید. / ارجاع دهید.

اگر بیماری به عنوان خطری برای خودش یا اطرافیانش شناخته شود، مراقبین باید از راهکارهای قانونی موجود پیروی کنند. کارکنان مراقبتهای اولیه و کارکنان اجرایی باید با سیاستها و فرآیندهای قابل استفاده آشنایی داشته باشند. کارکنان بخش روانپزشکی، نه تنها باید آمادگی کنترل بیماران خطرناک را داشته باشند، بلکه باید از آمادگی کافی برای ارایه ی مشاوره به بخش مراقبتهای اولیه و دیگر تخصصهای پزشکی با در نظر گرفتن طیف بیمارانی که ممکن است در کلینیک با آنها مواجهه یابند، برخوردار باشند.

۶. شرح حال بگیرید (شامل شرح حال روانپزشکی، ازدواج، خانوادگی، سابقه سوءاستفاده جسمی/جنسی، سوءاستفاده از مواد یا داروها). / معاینه کنید و تستهای آزمایشگاهی بدهید. / معاینه وضعیت روانی را انجام دهید.

افسردگی در بخش مراقبتهای اولیه و نیز مراقبتهای طولانی مدت، اغلب تشخیص داده نمی شود و درمان هم نمی شود زیرا بیمارانی که علائم مهم افسردگی را دارند، به ندرت « افسردگی » را به عنوان مشکل اصلی خود عنوان می کنند. ممکن است صرفاً با تکیه بر شرح حال و تاریخچه ی بیماری کنونی که بازگوکننده ی علائم اخیر افسردگی است به وجود افسردگی شک کنیم. در برخی موارد، ممکن است بیمار به علائم کنونی افسردگی اش اشاره ای نکند ولی گرفتن یک تاریخچه ی غربالگرانه ی روانپزشکی می تواند بازگو کننده ی اپیزود یا اپیزودهای قبلی افسردگی باشد. در دیگر موارد، تاریخچه ی بیماری کنونی و تاریخچه ی روانپزشکی گذشته ممکن است بازگوکننده نباشد ولی برخی عوامل خطر مشخص پزشکی یا روانی - اجتماعی، شک به افسردگی را بالا می برند. به عنوان نمونه، علائم جسمی متعدد و غیر قابل توصیف می توانند نشانگر احتمال بالای وجود افسردگی باشند.

پس از اطمینان از پایداری وضعیت بیمار، اکنون سه اولویت وجود دارد:

۱. شناخت علائم و نشانه های کنونی افسردگی
۲. به دست آوردن یک شرح حال روانپزشکی دقیق با توجه ویژه برای یافتن اپیزودهای قبلی افسردگی
۳. حواس جمع بودن به علائم هشدار^۱ که نشانگر ضرورت وجود درجه ی بالاتری از شک به افسردگی می باشند.

□ شرح حال کامل روانپزشکی

عناصر کلیدی شرح حال گذشته از افسردگی شامل موارد زیر است:

- سابقه ی استفاده از ضد افسردگی ها
- بستری قبلی به علت افسردگی یا خودکشی گرای
- ناتوانی در عملکرد در زندگی روزانه

استفاده یا سوء استفاده از مواد می تواند باعث افسردگی شود یا افسردگی را تشدید کند. استفاده از ابزارهای غربالگری (مثل CAGE) می تواند یافتن اختلالات سوء استفاده از مواد را تسهیل کند.

احتمال بالای افسردگی بین بالغینی وجود دارد که سابقه ی گذشته یا کنونی مبنی بر سوءاستفاده ی جسمی یا جنسی یا سابقه ای از اختلالات سوء استفاده از مواد دارند.

پزشکان مراقبتهای اولیه باید با احترام کامل، سوالات مستقیم و اختصاصی در مورد سوء استفاده ی جسمی یا جنسی بپرسند.

^۱. Red Flags

① علایم هشدار می که نشانگر ضرورت وجود درجه ی بالاتری از شک به افسردگی می باشند.

شرایط فیزیولوژیک یا روانشناختی جدی یا حوادث زندگی ممکن است در شکل گیری یا تشدید علایم افسردگی مشارکت داشته باشند. این شرایط شامل موارد ذیل هستند ولی فقط به آنها محدود نمی شوند:

- علایم جسمی غیر قابل توصیف از نظر پزشکی
 - وضعیت پزشکی مزمن و ناتوان کننده
 - استفاده یا سوء استفاده ی کنونی از مواد
 - کاهش در عملکرد حسی، جسمی یا شناختی
 - قربانی سوء استفاده ی جسمی یا جنسی کنونی یا سابق و نیز قربانی emotional neglect¹
 - سابقه ی خانوادگی مبنی بر وجود افسردگی عمده
 - از دست دادن یک رابطه ی مهم، نظام حمایتگر اولیه یا وضعیت پایدار اقتصادی
 - وجود اختلال نورولوژیک (مثل MS، پارکینسون، سکنه) یا سابقه ی آسیب مغزی بسته²
 - ایفای طولانی مدت نقش مراقبت گری برای عضوی از خانواده که وضعیت مزمن ناتوان کننده ای دارد.
 - سوگ³ همسر یا بیوگی
- علایم یا نشانه های اختلال استرس پس از حادثه⁴ (PTSD)

□ معاینه بالینی

یک معاینه ی مختصر غربالگرانه ممکن است بتواند پرده از بیماری های غدد درون ریز، قلبی، مغزی- عروقی و یا نورولوژیک که تشدید کننده یا ایجادگر علایم افسردگی اند، بردارد.

معاینه ی کامل وضعیت روانی⁵ (MSE) به ویژه در مورد بیماران سالمند شامل ارزیابی غربالگرانه ی وضعیت « شناخت » است که ممکن است در ارزیابی آن از یک ابزار استاندارد مثل MMSE فولشتاین⁶ استفاده شود.

اگر غربالگری نشان دهنده ی تضعیف وضعیت شناختی باشد و بیمار دلیریوم نداشته باشد، در این صورت یک بررسی آزمایشگاهی برای ارزیابی علل برگشت پذیر دمانس، مناسب خواهد بود.

ارزیابی افسردگی باید ادامه یابد: اگر دلیریوم وجود داشته باشد، آن را به عنوان یک وضعیت اورژانسی در نظر بگیرید و بیمار را قبل از پیشرفت علایم، پایدار کنید، سپس به الگوریتم برگردید و ارزیابی افسردگی را از شماره ی ۴ الگوریتم ادامه دهید. دیگر یافته های با اهمیت افسردگی در MSE شامل صحبت کند، خمیازه کشیدن، کندی یا بیقراری سایکوموتور⁷، نگاه دوخته شده به زمین و لبخند زدن کم یا لبخند نزدن است.

□ بررسی آزمایشگاهی

از یافته هایتان در شرح حال و معاینه ی بالینی، برای هدایت بررسی های آزمایشگاهی استفاده کنید. هیچ آزمایشی برای افسردگی وجود ندارد بنابراین آزمایش فقط برای یافتن مشکلات پزشکی همراه است. بررسی های آزمایشگاهی مناسب برای رد کردن اختلالاتی که ممکن است علایم افسردگی را ایجاد کنند شامل CBC، پروفایل بیوشیمی، تستهای تیروئید و غربالگری سم شناسی است. برای بیماران بالای ۴۰ سال ممکن است یک ECG هم کمک کننده باشد.

تصویربرداری تشخیصی و آزمایشهای نوروسایکولوژیک یا سایکولوژیک، جزو فرآیند استاندارد ارزیابی آزمایشگاهی افسردگی محسوب نمی شود. الگوریتم را ادامه دهید تا جواب بررسی های آزمایشگاهی آماده شود.

¹. Emotional Neglect

². Closed head injury

³. Bereavement

⁴. Post Traumatic Stress Disorder

⁵. Mental State Examination

⁶. Folestein Mini Mental State Examination

⁷. Psychomotor Retardation / Agitation

۷. آیا نشانه های و علائم افسردگی وجود دارند؟

علائم و نشانه های اصلی افسردگی شامل این مواردند (بر اساس DSM-IV):

- خلق افسرده
- از دست دادن لذت در فعالیتهایی که به طور معمول لذت بخش هستند (Anhedonia)
- احساس گناه، ناامیدی و درماندگی
- خستگی یا فقدان انرژی
- تغییرات پایدار اشتها یا افزایش / کاهش وزن
- تمرکز ضعیف یا مشکلات حافظه
- کندشدگی یا برانگیختگی سایکوموتور
- مرگ اندیشی^۱ مشتمل بر افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه
- تغییرات واضح در خواب (خواب زیاد یا خواب کم)

۹. میزان ناتوانی عملکردی را ارزیابی کنید.

برای اطمینان یافتن از اینکه بیمار مشکلات دیگری از نظر روانپزشکی قبل از ترخیص از کلینیک نداشته باشد، پزشک باید توانایی بیمار برای انجام دادن فعالیتهای شخصی و روزانه را بررسی کند تا این موضوع در سایه ی شکایت اصلی یا سوالات غربالگری افسردگی از نظر دور نماند. این موضوع را می توان به طریق زیر آشکار کرد:

- « آیا در طی چند هفته ی گذشته، هیچ گونه مشکل جسمانی یا عاطفی داشته اید که با فعالیتهای روزمره تان تداخل کند؟»
- « آیا انجام کارها توسط خودتان یا به همراه خانواده، دوستان و همسایگان برایتان مشکل تر شده است؟»
- اگر جواب مثبت باشد، درمورد شغل، عادات لذتبخش، فعالیتهای اجتماعی و ارتباطات مهم شخصی بیمار بپرسید.
- « آیا مشکلات دیگری هم هست که در موردشان صحبت نکرده باشیم؟»

اگر هر یک از جوابهای بیمار به این سوالات مثبت باشد، پزشک باید هر گونه مانع را در راه رسیدن به حداکثر عملکرد روزانه با در نظر داشتن اینکه ممکن است بیمار قبلا افسردگی یا سوءاستفاده از مواد را انکار کرده باشد، مشخص کند. همچنین باید از راههای گوناگون بیان ترسها، فشارها و دلسردی به ویژه در افرادی که از به کار بردن کلمات عاطفی برای توصیف احساساتشان اجتناب می ورزند، آگاه بود.

۱۴. آیا بیمار تهدیدی برای خودش یا دیگران به شمار می رود؟

□ پیدا کردن قصد یا افکار خودکشی

در تمام مواردی که شک به وجود افسردگی در یک بیمار وجود دارد باید سوالات مستقیم و صریح مربوط به قصد/ افکار خودکشی از بیمار بپرسید؛ تعداد قابل توجهی از بیمارانی که عمیقا به خودکشی می اندیشند، یک ماه قبل از تلاش شان برای خودکشی، توسط یک پزشک ویزیت شده اند! به یاد داشته باشید که ارزیابی صریح و مستقیم قصد/ افکار خودکشی، خطر خودکشی را افزایش نمی دهد. سعی کنید در صورت امکان، اطلاعات جانبی را از یک فرد سوم مرتبط جمع آوری کنید.

یک فهرست مناسب توصیه شده ی سوالات به شرح زیر است:

- « آیا فکری راجع به مرگ یا کشتن خودتان داشته اید؟»
- « در مورد امیدها و آرزوهایتان برای آینده صحبت کنید »
- « آیا نقشه یا طرحی برای کشتن خودتان دارید؟»

^۱. Morbid Thinking

- « آیا وسایلی برای کشتن خودتان در دسترس دارید؟ (قرص، اسلحه و گلوله، سم) »
- « آیا هرگز در کنترل کردن خودتان ناتوان بوده اید؟^۱ »
- « چقدر انگیزه تان برای این کار قوی است؟ »
- « آیا می توانید در مقابل تکانش به انجام این کار مقاومت کنید؟ »
- « آیا صدهایی شنیده اید که به شما بگویند به خودتان آسیب برسانید یا خود را بکشید؟ »
- در مورد تلاشهای قبلی و به خصوص میزان انگیزه ی آنها سوال کنید.
- در مورد سابقه ی خودکشی در اعضای خانواده یا سایر افراد مهم خانواده سوال کنید.

□ ارزیابی افکار دیگرکشی

افکار دیگرکشی و افکار خودکشی ممکن است به طور همزمان در یک فرد بروز یابند. خطر اعمال خشونت علیه دیگران را باید با پرسیدن این سوال مستقیم که آیا بیمار قصد آسیب رساندن به کسی را دارد یا نه، ارزیابی کنید.

- آیا بیمار یک طرح فعال یا روش و وسایلی به این منظور دارد؟ (مثلاً اسلحه در خانه)
- بیمار می خواهد به چه کسانی صدمه بزند؟
- آیا بیمار هرگز کنترلش را از دست داده و دست به اقدامات خشونت بار زده است؟
- میزان جدیت و شدت رفتار خشونت بار قبلی چقدر بوده است؟

اگر تعدادی یا همه ی موارد گفته شده وجود داشته باشد، ارجاع به یک متخصص روانپزشکی و یا مشورت با او توصیه می شود. وقتی تشخیص دادید که یک بیمار برای خودش یا اطرافیان خطرناک است، باید در راستای **تضمین امنیت بیمار** تا زمان انجام بررسی های بیشتر عمل نمایید.

۱۵. آیا شواهدی به نفع سایکوز وجود دارد؟

سایکوز به عنوان وضعیتی از روان تعریف می شود که در آن بیمار واضحاً آن چنان از دسترس واقعیت خارج شده است که در نتیجه، عملکردش کاهش و ضعف بارزی پیدا کرده است. بیماران مبتلا به نشانه های سایکوتیک ممکن است در حالیکه نشانه های آزاردهنده ی آنها به تازگی شروع شده است با وضعیت آشفتگی حاد به شما مراجعه کنند. علاوه بر آن، بیماران ممکن است در وضعیتی به شما مراجعه کنند که با وجود تحمل طولانی مدت نشانه های مزمن، به خوبی به آنها خو گرفته اند. نمونه هایی از علائم سایکوتیک حاد که در بخش مراقبتهای اولیه غیر قابل درمانند به شرح زیر می باشند:

- هذیان^۲ های جدی
- توهم های شنوایی یا بینایی
- بیربط گویی^۳
- گیجی
- رفتار کاتاتونیک (مثلاً بی تحرکی یا آشفتگی بیش از حد^۴)
- موتیسم یا نکاتیویسم بیش از حد، رفتارهای ارادی عجیب و غریب^۵
- عاطفه ی نامتناسب عجیب و غریب و غیر طبیعی

^۱. Impulsivity
^۲. Delusions
^۳. Incoherence
^۴. Excessive Agitation
^۵. Peculiar Voluntary Movements

① هشدار

- افکار پارانوئید یا صداهایی (به ویژه توهمات دستوری^۱) که به بیمار می گویند که به خودش یا به فرد دیگری صدمه بزند، مواردی هستند که احتیاج به ارجاع سریع به بخش روانپزشکی یا مشاوره با بخش روانپزشکی دارند.

بیمارانی را که بیماری سایکوتیک طول کشیده ای دارند ولی می توانند بدون توجه به سایکوزشان در شرایط کنونی حضور داشته باشند، می توان جهت بررسی افسردگی همراه در بخش مراقبتهای اولیه ارزیابی و درمان نمود.

بسیار مهم است که همواره این نکته را به یاد داشته باشید که علائم سایکوتیک ممکن است نتیجه ی مستقیم یک بیماری زمینه ای پزشکی، مسمومیت و اختلال استفاده از الکل و مواد باشند و یا با یک بیماری روانی مثل اسکیزوفرنیا یا اختلال خلقی همراهی داشته باشند.

۱۸. آیا شواهدی به نفع اختلالات سوءاستفاده از مواد موجود است؟

باید از تمام بیماران سوالاتی در مورد هر گونه استفاده ی کنونی یا اخیر از نیکوتین، الکل و یا دیگر مواد روانگردان بپرسید.

غربالگری می تواند بر پایه ی موارد زیر باشد:

۱. استفاده از پرسشنامه هایی با سوالات کوتاه که بیمار خود به آنها پاسخ می دهد برای غربالگری مشکلات مربوط به الکل (CAGE) و مشکلات مربوط به نیکوتین و یا سوالاتی راجع به سایر داروها
۲. گزارشهایی از سایر افراد مرتبط با شخص
۳. تستهای آزمایشگاهی (مثلا تستهای میزان الکل در دمیدن یا در خون، مونوکسید کربن تنفس برای سیگار کشیدن، سم شناسی ادرار، افزایش MCV یا افزایش گاماگلوتامیک ترانسفراز (GGT))

تستهای آزمایشگاهی برای غربالگری روتین افراد بدون علامت به کار نمی روند. بیمارانی را که از نظر غربالگری مثبت تلقی می شوند باید از نظر اختلالات استفاده از مواد و رابطه ی استفاده از مواد با افسردگی، مورد ارزیابی کامل قرار داد. تشخیص و درمان بیشتر نیز به عهده ی روانپزشک است.

CAGE یک یادآور مفید است که در مورد استفاده از الکل تهیه شده است. یک یا تعداد بیشتری جواب مثبت به آن به عنوان نتیجه ی مثبت تلقی می شود و باید بررسی های بیشتری در مورد استفاده از مواد انجام شود.

- | | |
|---|--|
| C | آیا هرگز تلاش کرده اید نوشیدن را متوقف کنید؟ |
| A | آیا هرگز از افرادی که نوشیدن شما را مورد انتقاد قرار می دهند، آزرده شده اید؟ |
| G | آیا هرگز در مورد نوشیدن احساس گناه کرده اید؟ |
| E | آیا هرگز لازم شده از یک morning eye-opener استفاده کنید؟ |
- Cut down on your drinking?
Annoyed by other people criticizing your drinking?
Felt guilty about your drinking?
Ever taken a morning eye-opener?

۱۹. آیا داروها یا شرایط دیگر پزشکی نقش یا مشارکتی در ایجاد علائم داشته اند؟

□ داروهایی که در ایجاد یا میزان علائم افسردگی نقش دارند.

بسیاری از داروهای نسخه شده یا بدون نسخه^۱ (OTC) در ایجاد افسردگی نقش دارند. علیرغم اینکه اطلاعات اندکی در مورد داروهای مختلفی که ایجاد افسردگی می کنند وجود دارد، همواره باید توجه ویژه ای به داروهای گیاهی، تغذیه ای، ویتامین ها و مکمل های بدن سازی مخصوصا وقتی با دوز زیاد مصرف می شوند، مبذول داشت. در جدول یک، این داروها فهرست شده اند.

¹. Over the counter

جدول یک. داروهایی که نقش شناخته شده ای در ایجاد افسردگی دارند.

مهارکننده های ACE	کلونیدین	آگونیستهای رهاسازی گونادوتروپین	پروپرانولول (بتابلوکرها)
محرومیت از آمفتامین	محرومیت از کوکائین	اینترفرون ها	رزپین
استروئیدهای آنابولیزان	سیکلوسرین	لوودوپا	توپیرامات
ضد هایپرلیپدیمی ها	دیژیتال	متیل دوپا	وراپامیل (بلوکر های کانال کلسیم)
بنزودیازپین ها	گلوکوکورتیکوئیدها	متوکلوپرامید	
سایمتیدین، رانیتیدین	پیموزاید	ضد حاملگی های خوراکی	

□ بیماری ها و شرایط پزشکی که در ایجاد یا میزان علائم افسردگی نقش دارند.

جدول دو شامل پاتوبیولوژی هایی است که همراه با افسردگی اند. در این گونه موارد، معمولا باید مشکل طبی و علائم روانپزشکی را همزمان درمان کرد. همچنین در اغلب موارد، همراهی بسیار قوی بین سطح ناتوانی ناشی از بیماری طبی و علائم افسردگی نیازمند درمان، وجود دارد. بیمارانی که درد مزمن دارند نیز ممکن است اختلالات خلقی همراه داشته باشند. این مساله در بین افرادی که از شرایطی مثل بیماری انسدادی مزمن ریه¹ (COPD) یا آسم یا دردهای استخوانی در سرطان رنج می برند، دیده می شود.

جدول دو. پاتوبیولوژیهای همراه با افسردگی

پاتولوژی	بیماری
قلبی / عروقی	بیماری عروق کرونر فشار خون بالای کنترل نشده
سندرم درد مزمن	فیبرومیالژی دیستروفی سمپاتیک رفلکسی ²
دژنراتیو	پیرچشمی ³ پیرگوشی ⁴
ایمنی	HIV (اولیه / همراه با عفونتهای ثانویه) مولتیپل اسکلروزیس (MS)
عفونت	بسیاری از بیماریهای عفونی در این دسته اند.
متابولیک / غدد	سوء تغذیه کمبود ویتامینها هیپو / هایپوتیروئیدی
نئوپلاسم	از هر نوعی به ویژه پانکراس یا سیستم عصبی مرکزی

۲۶. وجود کرایتریای DSM-IV برای اختلال افسردگی عمده را در بیمار بررسی کنید.

مفهوم: مشخصه ی بارز و اصلی MDD یک دوره ی بالینی است که با یک یا تعداد بیشتری اپیزود افسردگی عمده بدون سابقه و شرح حالی از اپیزودهای مانیا، مختلط^۵ یا هیپومانیا یا بدون مشخص می شود و ناشی از تاثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده یا اختلال طبی نمی باشد. داغدیدگی، توضیح بهتری برای علائم ارایه نمی کند و علائم، ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب عملکرد اجتماعی شغلی پدید می آورند. باید حداقل ۵ علامت از علائم ذکر شده در DSM-IV در طی همان مدت زمان دو هفته ای و تقریبا هر روز وجود داشته باشند و نشانگر تغییری از سطح عملکرد قبلی فرد نیز باشند. حداقل یکی از علائم نیز باید یا « خلق افسرده » یا « از دست دادن لذت و علاقه » باشد.

¹. Chronic Obstructive Pulmonary Disease

². Reflex sympathetic dystrophy

³. Presbyopia

⁴. Presbycusis

⁵. Mixed

۲۷. آیا شواهدی مبتنی بر ویژگی های سایکوتیک، مانیا یا هیپومانیا در گذشته وجود دارد؟

برخی بیماران افسرده، تظاهراتی از دوره های مانیا دارند. با توجه به DSM-IV، یک اپیزود مانیا به دوره ی مشخصی از خلق مستمرا بالا^۱، ساری^۲ یا تحریک پذیر^۳ گفته می شود که حداقل مدت ۴ روز طول بکشد و کاملاً با خلق غیر افسرده ی معمولی تفاوت داشته باشد و این تفاوت توسط دیگران قابل مشاهده باشد. در طی این دوره ی خلق غیر طبیعی، حداقل ۳ تا از علائم زیر در حد قابل توجهی وجود داشته و استمرار دارند:

- اعتماد به نفس افزایش یافته یا خود بزرگ انگاری^۴
- کاهش نیاز به خواب
- احساس فشار به تداوم صحبت^۵
- پرش افکار^۶ یا احساس شخصی مبنی بر سبقت جویی افکار^۷
- حواس پرتی^۸
- افزایش فعالیتهای هدفمند یا بیقراری سایکو موتور
- شرکت بیش از در فعالیتهای لذتبخشی که عواقب بالقوه دردناکی دارند.

این علائم آنقدر شدید هستند که منجر به تضعیف قابل توجه عملکرد اجتماعی یا شغلی می شوند یا باعث بستری شدن فرد می گردند. هیچ یک از این علائم، ثانویه به یک وضعیت پزشکی یا استفاده از مواد ایجاد نشده اند.

«هیپومانیا» نیز نوعی اپیزود مانیاست که همراه با اختلال عملکرد و یا سایکوز نیست. سابقه ی مانیا یا هیپومانیا در یک بیمار، او را از دسته بندی MDD خارج می کند. این بیماران ممکن است نیازمند ارجاع به متخصص روانپزشکی باشند. آنها نیاز به درمان تخصصی و پی گیری دارند زیرا شروع تجویز یک داروی ضدافسردگی می تواند آغاز اپیزود مانیا را تسریع کرده یا حتی آن را آشکار سازد.

۲۹. آیا نشانه هایی از شرایط روانپزشکی همراه وجود دارد؟

شرایط روانپزشکی دیگری هم ممکن است علاوه بر MDD وجود داشته باشند که درمان آن را پیچیده تر خواهند کرد. بیمارانی که شواهدی مبنی بر وجود سایر اختلالات روانپزشکی را علاوه بر MDD دارند ممکن است نیازمند ارجاع به یک متخصص باشند.

① شواهدی از اختلالات همراهی که باید توجه شما را به موضوع «ارجاع» جلب کند عبارتند از:

- شرح حال جامعی از سابقه ی سوءاستفاده در دوران کودکی، روابط ناپایدار یا از هم گسیخته یا بروز رفتار مجرمانه قبل یا در طی شروع بلوغ مبین وجود نوعی اختلال شخصیت^۹
- کاهش وزن بسیار شدید مبین بی اشتهایی عصبی^{۱۰}
- الگوی «زیاده روی در خوردن» به معنی مصرف مفرط و سریع غذا یا «پاکسازی کردن» به معنای استفاده از استفراغ که توسط خود فرد ایجاد شده باشد، مسهل ها یا مدرها برای کنترل وزن که ممکن است نشان دهنده ی پرخوری عصبی^{۱۱} باشد.
- کابوس های شبانه مکرر و ناتوان کننده از وقایع گذشته مبین اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)
- دیگر بیماریهای روانی مهم (مثل اسکیزوفرنی یا اختلالات دوقطبی) که معمولاً کنترل علائم افسردگی را در مراقبتهای اولیه بسیار مشکل می کنند.

1. Elevated
2. Expansive
3. Irritable
4. Grandiosity
5. Pressured speech
6. Flight of Ideas
7. Thought Racing
8. Distractibility
9. Personality Disorder
10. Anorexia Nervosa
11. Bulimia Nervosa

بیمارانی که دارای علائم غیر قابل توجه از نظر پزشکی هستند و « اختلالات شبه جسمی^۱ » در موردشان مطرح است، نیز گاهی اوقات نیازمند ارجاع به متخصص روانپزشکی هستند. البته این بیماران اغلب اوقات از اینکه آنها را به روانپزشک ارجاع داده اید، آزرده می شوند و این کار را انجام نمی دهند؛ بنابراین پزشک در بخش مراقبتهای اولیه باید درمان MDD را در صورت امکان و با ایجاد یک رابطه صادقانه با بیمار آغاز کند. پزشک باید با دقت، علت ارجاع را قبل و بعد از توصیه به ارجاع توضیح دهد و ترتیب یک ملاقات برای پی گیری را برای بعد از ارجاع بدهد. این قبیل برآوردها و ارزیابی ها می تواند نگرانی های بیماران را در مورد علائم جسمی شان و این که به آنها توجه شده است کاهش دهد ولی علیرغم همه ی این اقدامات، آنها نیازمند توجه اختصاصی بیشتری به وضعیت بهبودی شان و بنابراین ارجاعشان به روانپزشک هستند.

۳۰. در مورد گزینه های درمانی و ترجیحات بیمار بحث کنید. / به بیمار و خانواده اش آموزش بدهید.

چهار گزینه ی درمانی وسیع برای بیماران MDD وجود دارد که عبارتند از:

- دارو درمانی که شامل دیگر درمانهای جسمانی مثل ECT^۲ هم می شود.
- روان درمانی
- دارو درمانی و روان درمانی در کنار هم
- ارزیابی بالینی فرد تا سه جلسه ی ملاقات

بسیاری از بیماران از قبول تشخیص افسردگی، روی گردان هستند. بنابراین خاطر نشان کردن موارد ذیل از طرف پزشک برای بیمار کمک کننده خواهد بود:

افسردگی شایع است.

افسردگی غالباً با علائم جسمانی مانند خستگی، سردرد و دل درد همراهی دارد.

افسردگی یک بیماری پزشکی است و با تغییرات زیستی در مغز مثل کاهش مواد شیمیایی کلیدی به نام کاتکول آمینها همراه است.

درمان با دارو یا روان درمانی، معمولاً طول دوره بیماری را کوتاه می کند و از علائم باقیمانده مثل خستگی و اعتماد به نفس پایین می کاهد.

باید به بیماران در مورد خطرات بالقوه ی MDD درمان نشده آموزش های لازم را داد و آنها را تشویق به بازگشت نمود. در مورد هر کدام از این رویکردها باید نقاط قوت و ضعف را به طور متعادلی توضیح داد تا بیمار و پزشک هر دو بتوانند یک تصمیم منطقی برای انتخاب یک رویکرد بگیرند. نکاتی که باید هنگام ارایه این گزینه ها مورد توجه قرار بگیرند در ذیل آمده است:

□ دارو درمانی

طیف وسیعی از داروهای ضد افسردگی قابل دسترسی برای بیماران وجود دارد. انتخاب داروی ویژه معمولاً بر اساس عوارض جانبی، ایمن بودن در صورت مصرف زیاده از حد، سابقه ی پاسخ مناسب قبلی، بیماریهای طبی همزمان، سابقه ی پاسخ خانوادگی قبلی و نوع افسردگی است.

فواید: ۱. پتانسیل ایجاد یک پاسخ درمانی اولیه ی سریعتر وجود دارد.

۲. بیماران معمولاً دارو خوردن را به درمان از طریق صحبت کردن ترجیح می دهند.

ضعفها: ۱. داروها باید به طور مداوم و دقیقاً همانطور که نسخه شده اند، مصرف شوند.

۲. پتانسیل ایجاد عوارض جانبی و تداخل با سایر داروها یا بیماریهای طبی وجود دارد.

۳. نیاز است که داروها مدت زمان بسیار طولانی استفاده شوند.

□ روان درمانی

این روش هم فردی و هم گروهی قابل انجام است ولی در حیطه ی وظایف پزشک عمومی نیست.

هدف این روشها عمدتاً بر این موضوع متمرکز شده است که به افراد افسرده کمک کند تا بتوانند رفتار، باورها، احساسات، استرسها و روابط اجتماعی شان را با تفکر مناسب، طوری بازبینی نمایند که بتوانند تغییرات پایداری در عواملی که ممکن است در شکل گیری افسردگی شان نقش داشته باشند، ایفا کنند.

^۱. Somatoform Disorder

^۲. Electro Convulsive Therapy

از دیدگاه این راهکار طبابت بالینی، روان درمانی، تنها یک حمایت و دلگرمی مختصر و بدون ساختار نیست که معمولاً در زمان اولین ملاقات در بخش مراقبتهای اولیه ارائه داده می شود.

- فواید:**
۱. آثار آن ممکن است بیش از طول دوره ی درمان، دوام بیاورد.
 ۲. ممکن است میزان نیاز به مصرف داروهای ضد افسردگی و عوارض جانبی درمان دارویی کاهش یابد.
 ۳. فرصتی برای بیمار فراهم می شود تا بتواند بهسازی شخصی یا تغییراتی معنادار در زندگی اش ایجاد کند.
- ضعفها:**
۱. بیماران باید در دوره ی زمانی خاص، به طور مداوم و برای چندین ماه در جلسات درمانی شرکت کنند.
 ۲. درمانگری که در این روش درمانی مهارت دارد را ممکن است نتوان در هر setting بالینی پیدا کرد.

□ ارزیابی بالینی

در مورد بیمارانی که کرایتریای پیچیدگی و مشکل بودن بیماری را پر نمی کنند، چند جلسه ویزیت (معمولاً ۲ - ۳ تا) می تواند آنها را که علائم افسردگی شان گذرا بوده است، شناسایی کند. در برخی افراد، بهبود ناگهانی علائم دیده می شود مخصوصاً زمانی که علائم به واسطه ی بروز یک بحران در زندگی فرد، خود را نشان داده باشند.

مهمترین خطر ارزیابی بالینی طولانی مدت این است که MDD ممکن است پاسخی به درمان ندهد و بدون استفاده از درمان فعال، بدتر هم شود.

۳.۱ آیا در شرایط شما امکان درمان وجود دارد؟

بسیاری از بیماران با اختلال افسردگی عمده را می توان به طور موثری در بخش مراقبت های اولیه درمان کرد. پزشکان در سطح مراقبتهای اولیه، باید بتوانند به طور کاملی همه ی علائم را بهبود بخشند و بیمارانی را که علائمشان بهبود نمی یابد، ارجاع دهند. پزشکان مراقبتهای اولیه از نظر میزان مهارت و انگیزه هایشان برای درمان افسردگی عمده بسیار متفاوتند. قبل از آغاز درمان، پزشک باید ضرورت ارجاع به متخصص روانپزشکی را در مورد بیمارش ارزیابی کند. هر قدر سوالات مشاوره ای پزشک برای ارجاع اختصاصی تر باشد، مشاوره و ارجاع موفقیت آمیزتر خواهد بود.

① دلایلی که می توانند دلیل ارجاع بیمار به یک متخصص باشند:

۱. تقاضای خود بیمار جهت ارجاع و یا مشاوره با متخصص روانپزشکی
۲. تقاضای پزشک برای مشاوره ی تشخیصی
۳. مشکلات طبی که وضعیت را پیچیده تر می کنند.
۴. مشکلات روانی همزمان^۱ که وضعیت را پیچیده تر می کنند.
۵. افسردگی شدید، مکرر و یا سایکوتیک
۶. شک به ضرورت بستری کردن بیمار
۷. نیاز یا تقاضای بیمار جهت روان درمانی
۸. نیاز به درمان با ECT
۹. سوالاتی در مورد انتخاب، آغاز، تداخلات و اجرای درمان
۱۰. نگرانی پزشک در مورد پایبندی بیمار به درمان
۱۱. ظهور مجدد علائم پس از یک پاسخ درمانی مثبت فاز حاد
۱۲. سابقه ی پاسخ درمانی نسبی یا ضعیف

هنگامی که پزشک، این موارد را جهت ارجاع به متخصص بررسی می کند، باید موانع معمول بر سر راه مشاوره ی موثر با متخصص هم توجه داشته باشد. **موانع بالقوه** به صورت زیر هستند:

^۱. Co-morbidity

- سرباز زدن بیمار از ملاقات با یک متخصص روانپزشکی
- عملی بودن آن برای بیمار
- فاصله ی جغرافیایی از روانپزشک
- مدت زمانی که طول می کشد تا به مشاور مورد نظر دسترسی یافت

۳۲. آیا مداخله روانی – اجتماعی ترجیح داده شده، مناسب و در دسترس است؟

- روان درمانی، معمولا برای تمام انواع افسردگی که در بخش مراقبتهای اولیه تحت کنترل قرار می گیرد، مناسب است. از آنجایی که تفاوت قابل توجهی بین بیمارانی که با روان درمانی درمان شده اند و بیمارانی که تحت درمان با دارو قرار گرفته اند، وجود ندارد در انتخاب طرح درمانی « ترجیح بیمار » بسیار مهم است.
- کنترل و درمان مشارکتی بیماران افسرده به همراه یک متخصص روانپزشکی به خصوص در مورد بیمارانی که علائم پایدار دارند، می تواند هزینه – اثربخشی درمان را افزایش دهد و ممکن است در مورد بیمارانی که از مراجعه به متخصص خودداری می کنند هم مفید باشد.
- استفاده از متخصصین روانپزشکی که با یک مرکز مراقبتهای اولیه در ارتباط مداوم هستند، برقراری ارتباط و کنترل منظم را تسهیل می کند و آسایش بیشتری برای بیمار به ارمغان می آورد.
- پیش شرط گزینه ی روان درمانی، در دسترس بودن یک روان درمانگر تواناست. نشان داده شده است که توانایی روان درمانگر، کارایی درمان را تحت تاثیر قرار می دهد. تفاوهای موجود در کیفیت اجرای تمام روشهای درمانی بر نتیجه ی بیمار هم در مورد دارودرمانی و هم در مورد روان درمانی تاثیر می گذارد.

۳۴. آیا دارودرمانی مناسب است و آیا بیمار تمایلی به درمان دارویی دارد؟

به طور کل به دلایل زیر، بیماران باید داروهای ضد افسردگی دریافت کنند:

- علائم متوسط یا شدید افسردگی
- ضعف عملکرد واضح اجتماعی یا شغلی به خاطر افسردگی
- افکار خودکشی

مواردی هم که استفاده از داروهای ضدافسردگی **قویا** توصیه می شود به شرح زیر است:

- وجود سابقه ی گذشته مبنی بر پاسخ مثبت به درمان دارویی
- پاسخ منفی به مداخلات روان درمانی
- اپیزودهای مکرر افسردگی
- ترجیح خود بیمار به درمان دارویی

زمان تعیین روش درمانی، حتما باید ترجیحات بیمار در نظر گرفته شود. با اینحال در صورتی که بیمار درمان دارویی را انتخاب نکند و بداند که این مساله به ضرر بیمار خواهد بود، باید بحث در مورد همه ی گزینه های درمانی را ادامه بدهید و بیمار را از نظر بدتر شدن علائم پایش نمایید. وسایل آموزشی ممکن است در متقاعد کردن بیمار نسبت به مفید بودن دارودرمانی کمک کننده باشد.

۳۵. درمان دارویی افسردگی را آغاز کنید.

هیچ درمان ضدافسردگی به طور واضحی موثرتر از دیگری نیست. هیچ داروی مشخصی به تنهایی برای تمام بیماران، بهبودی به ارمغان نمی آورد. فاکتورهای مربوط به بیمار و عوارض جانبی دارویی، ممکن است باعث شود یک نوع ضد افسردگی را برای فردی نسبت به ضد افسردگی دیگر ترجیح دهیم؛ اما تفاوت بارزی در کارایی رده های دارویی وجود ندارد.

مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین^۱ (SSRIs) معمولا داروهای ضد افسردگی خط اول برای بیماران در بخش مراقبتهای اولیه محسوب می شوند زیرا سمیت آنها کم است و استفاده از آنها نیز نسبت به سایر ضد افسردگی ها راحت تر است. (جدول سه) در خط دوم درمان می توان از رده ی تری سیکلیک ها استفاده نمود. (جدول چهار)

- پزشک باید مشخص کند که چه داروهایی و با چه دوزی قبلا برای بیمار موثر بوده اند. به طور کلی باید داروهای را به کار برد که عوارض جانبی مساعدی دارند. زمانی که داروهایی که آثار جانبی مساعد دارند، فایده نداشته باشند باید داروهای اثربخش قبلی را، صرف نظر از رده دارویی باید به عنوان خط اول درمان در نظر گرفت.
 - پزشک باید شرایط بالینی بیمار را در نظر بگیرد. در برخی موارد مخصوصا اختلالات معدی- روده ای مثل اسهال مزمن یا بیماری زخم معده استفاده از رده ی تری سیکلیک^۲ ها (TCA) از میان داروهای ضد افسردگی، انتخاب اول بهتری به نظر می رسد.
 - قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع ضدافسردگی، ابتدا باید از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به طیف دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کرد و اجازه داد بازه ی زمانی پاسخ، مدت زمان خود را طی کند.
 - دوزها را باید به گونه ای تنظیم کرد که شانس ایجاد تحمل به دارو پایین بیاید. قبل از ارزیابی کارآیی یک ضد افسردگی، بیمار باید درمان با آن دارو را حداقل به مدت ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.
- به طور کلی باید در نظر داشته باشید که دوزهای آغازین تجویز شده برای سالمندان، کمتر از میزان مورد نیاز برای بالغین جوان است. پاسخ درمانی کافی، ممکن است نیازمند رساندن دارو به دوز نگهدارنده ی کامل باشد.
- تکنیک های آموزشی ساده را می توان در مراحل ابتدایی درمان به کار برد. این نکات را باید به بیماران بگویید :
- داروهایتان را بدون مشورت با پزشک تان قطع نکنید.
 - فاصله ای به اندازه ۲ تا ۳ هفته از شروع مصرف دارو تا بهبود تمامی علائم وجود دارد.
 - برای صحبت در مورد عوارض جانبی یا سایر سوالات با پزشکتان تماس بگیرید.

□ ملاحظات کلی در مورد دارو درمانی

- انتخاب دارو بر اساس فهرست عوارض جانبی، سابقه ی پاسخ قبلی، سابقه ی خانوادگی پاسخ درمانی، نوع افسردگی، بیماریهای همزمان طبی، داروهای مورد مصرف همزمان و هزینه ی دارو دارد.
 - آهنگ پاسخ به ضدافسردگی ها چیزی در حدود ۶۰ - ۷۰ درصد گزارش شده است ؛ البته مطمئنا میزان بهبودی کامل، کمتر است.
 - برخی علائم هدف افسردگی (مثل خواب، اضطراب، بی خوابی، کم اشتها، انرژی پایین، لیبیدو) ممکن است سریعتر از بهبود خلق افسرده به درمان دارویی جواب بدهند.
 - آموزش بیمار و خانواده اش راجع به دوره و ماهیت بیماری افسردگی، درمان و عوارض جانبی بالقوه، دوره ی زمانی برای دیدن بهبود علائم، و اهمیت کمپلایانس به درمان، پایبندی به درمان را ارتقا می دهد و احتمال موفقیت را افزایش می دهد.
 - داروهای ضدافسردگی ممکن است اپیزودهای مانیا را در بیماران دوقطبی، تسریع کند و یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد، فعال نماید.پایش دقیق برای چنین علائمی ضروری است.
- قطع ناگهانی هر گونه داروی ضد افسردگی ممکن است باعث بروز علائم ترک یا بازگشت علائم افسردگی شود. قطع درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها باید با یک taper آرام صورت پذیرد. taper کردن دارو هم براساس نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیتهايش و پایش دقیق علائم افسردگی صورت می پذیرد.
- به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز داروها اشاره نشده است. حتما قبل از تجویز هر دارو از عوارض جانبی آن ، تداخلات دارویی و دیگر موارد مهم ، اطلاع حاصل کنید.

¹. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

². Tricyclics

درمان افسردگی ۳ فاز دارد:

۱. **درمان فاز حاد** - زمانی شروع می شود که برای بیمار، تشخیص MDD گذاشته می شود. درمان با ضد افسردگی شروع می شود و زمانی خاتمه می یابد که علائم افسردگی کاملاً فروکش کنند. به طور معمول این فاز درمانی ۴ ماه طول می کشد.
۲. **درمان فاز تداوم** - زمانی شروع می شود که علائم بیمار به طور کامل بهبود یافته باشند و تا ۹ ماه طول می کشد. در این زمان باید در این مورد که آیا نیازی به درمان بیشتر در فاز نگهدارنده وجود دارد یا نه، تصمیم گرفت.
۳. **درمان فاز نگهدارنده** - به طور کلی برای بیمارانی که ۳ تا یا بیشتر، اپیزود افسردگی عمده داشته اند و برای بیمارانی که ۲ اپیزود افسردگی عمده همراه با یک یا تعداد بیشتری عامل خطر ساز (سابقه ی خانوادگی قوی از اختلالات خلقی، سابقه ی تکرار افسردگی بعد از قطع درمان موثر، یک یا تعداد بیشتری تلاش برای خودکشی، شروع اولین اپیزود قبل از بیست سالگی، ۲ یا تعداد بیشتری اپیزود افسردگی عمده در طی سال گذشته و یا concurrent dysthymia) دارند باید درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها را به مدت یکسال یا بیشتر انجام داد.

جدول سه - میزان داروی مورد نیاز از رده ی SSRI ها

دارو	دوز	دوز برای سالمندان	توضیحات
سیتالوپرام Citalopram	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰ - ۴۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d	شروع: ۲۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۴۰ mg/d (در صورت لزوم)	در مورد نارسایی کلیه خفیف تا متوسط، احتیاج به تعدیل دوز نیست. در مورد بیمارانی با نارسایی کبدی و سالمندان، تنها زمانی ۴۰ mg/d را به کار برید که بیمار به ۲۰ mg/d جواب نداده باشد.
فلوکستین Fluoxetine	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰ - ۴۰ mg/d حداکثر: ۸۰ mg/d	شروع: ۱۰ mg/d	دوزهای بیشتر از ۲۰ mg/d را در یک برنامه ی یکبار در روز (صبح) یا دو بار در روز (صبح و بعد از ظهر) به کار ببرید.
فلوکسامین Fluvoxamine	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۲۵ - ۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۴۰ mg/d (در صورت لزوم)	برای بیمارانی ضعیف، دوز سالمندان را به کار برید. صبح ها مصرف شود. در فواصل یک هفته ای، دوز را به میزان ۱۰ mg/d افزایش دهید.

جدول چهار - میزان داروی مورد نیاز از رده ی TCA ها

دارو	دوز	دوز برای سالمندان	توضیحات
نورتیپتیلین Nortriptyline	شروع: ۲۵ mg TID طیف: ۷۵ - ۲۰۰ mg/d	شروع: با دوز پایین طیف: ۳۰ - ۵۰ mg/d در دوزهای منقسم	اندازه گیری سطوح سرمی دارو، کارآیی درمان را افزایش می دهد سطح درمانی: ۵۰ - ۱۵۰ ng mL
دزی پرامین Desipramine	طیف: ۷۵ - ۲۰۰ mg/d	شروع: با دوز کمتر طیف: ۲۵ - ۱۵۰ mg/d	اندازه گیری سطوح سرمی دارو، کارآیی درمان را افزایش می دهد سطح درمانی: ۱۲۵ - ۳۰۰ ng mL
دوکسپین Doxepine	شروع: ۷۵ mg/d طیف: ۷۵ - ۱۵۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود.	دوزهای بالاتر (تا ۳۰۰ mg/d) معمولاً برای افسردگی یا اضطراب شدیدتر تجویز می شود. خاصیت ضد اضطراب خود را سریعتر نشان می دهد.
آمیتریپتیلین Amitriptyline	شروع: ۵۰ - ۱۰۰ mg/d طیف: ۵۰ - ۲۰۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود.	---
ایمی پرامین Imipramine	طیف: ۷۵ - ۲۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود.	اندازه گیری سطوح سرمی دارو، کارآیی درمان را افزایش می دهد سطح درمانی: ۲۰۰ - ۳۵۰ ng mL
نورتیپتیلین Nortriptyline	شروع: ۲۵ mg TID طیف: ۷۵ - ۲۰۰ mg/d	شروع: با دوز پایین طیف: ۳۰ - ۵۰ mg/d در دوزهای منقسم	اندازه گیری سطوح سرمی دارو، کارآیی درمان را افزایش می دهد سطح درمانی: ۵۰ - ۱۵۰ ng mL

—	شروع: ۷۵ mg/d حداکثر: ۱۰۰ mg/d	شروع: ۷۵ mg/d در دوزهای منقسم طیف: ۵۰ - ۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	تریپرامین Trimipramine
---	-----------------------------------	--	---------------------------

دانستن مسایل ذیل در مورد داروهای تری سیکلیک ضروری است :

قبل از شروع هر گونه TCA، باید بیماران را از لحاظ بیماریهای قلبی که استفاده از این رده دارویی را غیرممکن خواهند ساخت ، بررسی کنید :

- در بیماران بالای ۴۰ سال انجام یک ECG توصیه می شود.
- در بیماران زیر ۴۰ سال ، شرح حال یا شواهدی از بیماریهای قلبی برای غربالگری کافی است و اگر شرح حال منفی باشد، ECG لازم نیست.

برای گرفتن این شرح حال ، پرسیدن سوالاتی در مورد بیماریهای قلبی ، سنکوپ ، تپش قلب ، تنگی نفس فعالیتی ، درد سینه یا سابقه خانوادگی قوی مبنی بر بیماریهای قلبی خصوصا بلوک قلبی ، ضروری است. در بیمارانی که در خطر بیماریهای عروق کرونر قلب هستند یا سابقه ای از این بیماریها می دهند ، باید از داروهای ضد افسردگی دیگری استفاده کرد. بیمارانی که قبل از شروع TCA ، ECG نرمال داشته اند ، در طول دوره درمان احتیاجی به ECG دیگری ندارند مگر علائمی مبنی بر سمیت قلبی از خود نشان دهند (مثل تنگی نفس، گیجی، تپش قلب، درد سینه)

۳۸. آیا هنوز نگرانی در مورد وضعیت روانی بیمار وجود دارد؟

سایر اختلالاتی که خود را با خصوصیات افسردگی نشان می دهند ممکن است در بخش مراقبتهای اولیه، قابل درمان باشند ولی از محدوده ی مورد نظر این راهکار خارج اند. از بین چنین اختلالاتی، تنها تعدادی در بخش مراقبتهای اولیه قابل درمان به نظر می رسند که از آن جمله می توان به سوگ و اختلال تطبیقی^۱ همراه با خلق افسرده اشاره کرد.

۴۴. در درمان را هر ۱ تا ۲ هفته پایش کنید. / پایبندی و عوارض جانبی را ارزیابی کنید.

بیمارانی که در ابتدای یک دوره ی درمانی هستند و یا بیمارانی که قبلا تحت درمان با داروی دیگری بوده اند، نیازمند ارزیابی بعدی از نظر پاسخ به درمان هستند. علیرغم اینکه در این زمان انتظار بهبود کامل علائم، بسیار زود هنگام به نظر می رسد ولی بسیاری از بیماران، بهبودی سریع در علائم افسردگی را تجربه خواهند کرد.

مساله ی بسیار مهم این است که پزشک باید عوارض جانبی شایع داروهای ضدافسردگی را بررسی کند و با بیمار در مورد پایبندی کلی وی به درمان و میزان رضایتش، صحبت کند. در طی ویزیت، بیمار ممکن است سوالاتی را بسته به شرایط، علائم و یا درمان مطرح کند. پزشک باید از این فرصت برای برقراری رابطه، ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کند.

به دلایل مختلفی ممکن است بیمار از دارودرمانی یا روان درمانی اجتناب کند. برخی بیماران با افسردگی عمده ی درمان نشده، ناگهان بهبودی می یابند ولی تعداد قابل توجهی، احتیاج به مداخله ی فعال برای رسیدن به بهبود کامل علائم و عملکرد دارند. به یاد داشته باشید که اختلال عملکرد ناشی از افسردگی، قابل مقایسه با اختلال عملکرد ناشی از تعدادی دیگر از بیماریهای طبی مزمّن است.

□ عوارض جانبی

- عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRI ها که روی میزان پایبندی به درمان تاثیر می گذارند عبارتند از: بیخوابی، بیقراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیمهای درمانی با دوزهای پایین (مثلا ۱۰mg فلوکستین) شروع شود، ممکن است شدت عوارض جانبی کاهش یابد و یک رژیم مصرف دارو در صبح ها، به بهتر شدن بیخوابی کمک می کند. SSRI ها را می توان با ترازدون Trazodone (معمولا دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰mg) تجویز نمود تا بیخوابی کنترل شود.
- شایعترین عارضه ی جانبی بلند مدت SSRI ها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تاخیری یا کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. توصیه شده است از بوپروپیون Bupropion یا مواردی مثل یوهیمین Yohimbine یا سیپروهپتادین Cyproheptadine هم استفاده شود تا این عارضه ی جانبی کاهش یابد.
- حتما دقت کنید که برای قطع یک دارو و شروع داروی بعدی، داروی قبلی را taper کنید زیرا « **سندرم قطع** »^۱ در مورد قطع ناگهانی SSRI ها مشاهده شده است. مهمترین علائم این سندرم شامل منگی ، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره

^۱. Adjustment Disorder

های گریه است. همچنین ممکن است افسردگی بازگشتی^۲ دیده شود. علائم این سندرم معمولاً بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می شود. این سندرم در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.

• نکته ی مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز «سندرم مرکزی سروتونین^۳» است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر از یک دارو به داروی دیگر، روی دهد. علائم آن شامل تعریق، تب، تاکی کاردی، هایپرتانسیون، تغییر وضعیت روانی و علائم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی - عروقی و در نهایت مرگ می باشد. خطر بروز این سندرم، زمانی افزایش می یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم یا بافاصله ی خیلی کم تجویز شوند. توصیه می شود که حداقل به اندازه ی ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیتها پیش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

• مشاوره در مراحل اولیه ی درمان افسردگی، باید شامل آموزش در مورد علائم افسردگی در ارتباط با سابقه ی بیمار باشند تا به طبیعی کردن تجربه ی بیمار از بیماریش کمک کند. همین که علائم شروع به بهبود کردند، این مساله اهمیت دارد که توجه بیمار را به یک سری عوامل استرس زای روانی - اجتماعی که باعث افسردگی اش شده اند، جلب کنیم. تحویل «تکلیف خانه» به بیمار در بین ویزیتها، به شما کمک می کند که نقش مهمی در همراهی با بیمار برای ایجاد تغییرات چشمگیر در سطوح استرسها داشته باشید. نمونه هایی از این تکالیف عبارتند از: پیدا کردن یک همخانه، پیدا کردن یک شغل کم استرس، تماسهای تلفنی با اعضای خانواده یا دوستان و بیمار را تشویق کنید تا وارد فعالیتهای ورزشی و سایر فعالیتهای مثبت شوند.

در اغلب موارد، کند و کاو در استنباطهای بیمار از بیماریش و نگرانی های او در مورد درمان، مفید است. بسیاری از بیماران، درک نادرستی دارند که باعث می شود از قبول درمان خودداری کنند. صحبت کردن با همسر بیمار یا سایر افراد حامی و مهم (البته با اجازه ی خود بیمار) برای جلب حمایت آنها برای انجام درمان بسیار مفید و مهم است.

گاهی اوقات بیماران تمایل دارند برایشان ECT انجام شود. بخش عمده ای از این بیماران مبتلا به افسردگی^۴ refractory هستند یا سابقه ی درمان موثر با ECT را در گذشته داشته اند. ECT یک درمان ایمن و سریعاً موثر است که به طور سرپایی هم انجام می شود. اگر بیمارانی از این دست داشتید، آنها را به یک متخصص روانپزشکی ارجاع دهید.

۴۵. پاسخ را در عرض ۴ تا ۶ هفته ارزیابی کنید.

بسیاری از مطالعات موجود در مورد اثربخشی روش دارو درمانی یا روش روان درمانی یا هر دوی آنها نشان داده اند که حداقل یک بهبودی نسبی (کاهش ۵۰ درصدی علائم) در عرض ۴ تا ۶ هفته از شروع درمان دیده می شود. «پاسخ کامل» که به معنای وجود حداقل علائم یا از بین رفتن تمام علائم است معمولاً احتیاج به به مدت زمان طولانی تری درمان دارد و بهبود کامل عملکرد روانی - اجتماعی ممکن است چند ماه طول بکشد. ممکن است بیماران درمان را در صورتی که علائم بهتر نشوند یا علیرغم ماهیت طبیعی دوره ی بیماری فروکش کنند، طی همان ۴ تا ۶ هفته قطع کنند.

ملاقات ۴ تا ۶ هفته ای با بیمار، فرصت بسیار مهمی است تا بیمار را متقاعد کنید که درمان را ادامه دهد، تعدیل های لازم درمانی را انجام دهید، به بیمار آموزشهای لازم را بدهید و میزان پایبندی به درمان را ارزیابی کنید.

۴۹. درمان را به صورتی که لازم است تنظیم نمایید.

بهترین و مناسبترین زمان برای دخیل کردن بیمار در تصمیم گیری و در نظر گرفتن جایگزین های در دسترس، زمانی است که می خواهید درمان را تغییر دهید. برخی درمانهای جایگزین ممکن است شامل دارو (اگر درمان با روان درمانی آغاز شده است)، دیگر داروها یا روان درمانی (اگر درمان با دارو شروع شده باشد) یا درمان ترکیبی باشد. درمان ترکیبی ممکن است برای بیمارانی که به درمان دارویی یا روان درمانی به تنهایی پاسخ نداده اند، مفید باشد.

¹. Discontinuation Syndrome

². Rebound Depression

³. Central Serotonin Syndrome

⁴. Refractory Depression

□ مشکلات پایبندی به درمان که منجر به تعدیل درمان می شود.

پایبندی به درمان ممکن است در مورد داروهایی که احتیاج به دو بار یا سه بار مصرف در طول روز دارند، کمتر باشد. استفاده از فرآورده های آهسته رهش، می تواند کمپلیانس استفاده از این داروها را بالا ببرد. به طور کلی هنگامی که موضوع پایبندی به برنامه ی دوزهای تجویز شده، مطرح است، داروهایی که به صورت QID قابل مصرف اند، ارجحیت دارند.

فلوکستین به علت نیمه عمر طولانی اش، احتمالاً بهترین انتخاب برای بیمارانی است که مشکل پایبندی به برنامه ی دوز تجویز شده را دارند.

پایبندی به قرارهای ملاقات و جلسات روان درمانی هم یک عامل پیش آگهی دهنده ی خوب در روان درمانی است. اگر بیمار، کمپلیانس ندارد، باید درمانگر یا رویکرد درمانی را تغییر داد؛ درمان ترکیبی هم توصیه می گردد.

در مورد بیمارانی که در همان آغاز درمان با دارو، پایبندی بسیارضعیفی به درمان نشان می دهند، باید حتماً روان درمانی به عنوان یک درمان جایگزین، مورد بحث واقع شود. به همین صورت، در مورد بیمارانی که در همان آغاز درمان با روان درمانی، پایبندی بسیار ضعیفی به درمان نشان می دهند باید به طور جدی دارو درمانی را به عنوان یک درمان جایگزین، مد نظر داشت.

۵۱. بهبودی؟

بهبودی به معنای بازگشت به عملکرد کامل بدون مشکل همراه با کاهش اساسی علایم افسردگی است. قبل از اعلام بهبودی باید میزان پاسخ علامتی و عملکردی را بررسی کرد. استفاده از یک سری ابزارهای نمره دهی، رویکردی برای جستجوی بهبودی است اما در بخش مراقبتهای اولیه معمولاً مروری بر علایم افسردگی "SIG-E-CAPS" کفایت می کند:

S	Sleep disturbance	اختلالات خواب (پر خوابی یا کم خوابی)
I	Interests	علاقه (انهدنیا یا از دست دادن علاقه به کارهای لذتبخش)
G	Guilt and/or low self esteem	احساس گناه و/ یا اعتماد به نفس پایین
E	Energy	انرژی (کاهش انرژی، فقدان انرژی، خستگی)
C	Concentration	تمرکز (تمرکز کم، فراموشی)
A	Appetite changes	اشتها (بی اشتها، پراشتهایی)
P	Psychomotor changes	تغییرات سایکوموتور (بیقراری یا کندی)
S	Suicide	خودکشی (افکار خودکشی یا صدمه رساندن)

۵۲. تداوم درمان در فاز نگهدارنده / پیگیری مشتمل بر پیشگیری از تکرار مجدد / آموزش بیمار و خانواده اش

MDD در بهترین مفهوم خود، بیماری مزمنی است که نتایج درمانی آن در طیفی از بسیار عالی تا بسیار ضعیف قرار گرفته اند. در ۵۰ درصد بیمارانی که تنها یک اپیزود MDD را تجربه کرده اند، میزان بالایی از تکرار دیده شده است و هر قدر تعداد اپیزودها بیشتر باشد، احتمال بروز اپیزودهای آتی افسردگی هم قویتر است. درصد بالایی از افرادی که اختلال افسردگی عمده مکرر دارند، نیازمند درمان با ضد افسردگی به صورت پیشگیرانه به مدت نامحدود هستند.

عواملی که خطر تکرار را در آینده، افزایش می دهند به این شرح می باشند:

- سابقه ی خانوادگی قوی از اختلالات خلقی
- سابقه ی تکرار در عرض یک سال پس از قطع داروهای اثر بخش قبلی
- یک یا چند تلاش برای خودکشی
- شروع اولین اپیزود قبل از سن ۲۰ سالگی
- وجود ۲ یا تعداد بیشتری اپیزود افسردگی در عرض ۲ سال گذشته
- Concurrent dysthymia

فاز تداوم درمان ضد افسردگی پس از فاز حاد است و زمانی شروع می شود که بیمار بهبود کامل علایم افسردگی را نشان بدهد. این فاز معمولاً تا ۹ ماه طول می کشد و با یک درمان نگهدارنده پیگیری می شود که به صورت دوره ی نامحدودی از پروفیلاکسی در برابر اپیزودهای افسردگی آتی است.

دارو	عوارض مهم	موارد منع مصرف	موارد استفاده با احتیاط	توصیه های لازم
سیتالوپرام	<p>خواب آلودگی، بیخوابی، تهوع، خشکی دهان، تعریق</p> <p>اضطراب، بی اشتها، بی قراری، خمیازه، راش، خارش، اختلال عملکرد جنسی، اسهال، سوءهاضمه، استفراغ، دل درده، افزایش وزن، ترمور، آرترا لژی، میالژی، سرخه، رینیت، سینوزیت</p>	<p>- حساسیت مغزط به دارو یا ترکیبات مشابه</p> <p>- استفاده همزمان از MAOIs یا در عرض دو هفته پس از خاتمه مصرف آنها</p> <p>- نارسایی شدید کلیوی</p>	<p>- بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی</p> <p>- بیماران سالمند</p> <p>- استفاده همزمان از داروهای تضعیف کننده CNS</p> <p>- حاملگی</p> <p>- سابقه تشنج</p> <p>- سابقه صدمه مغزی</p> <p>- استفاده از داروهای پایین آورنده آستانه تشنج</p> <p>- استفاده همزمان از ASA، NSAIDs، یا دیگر داروهای موثر در انعقاد</p>	<p>- اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، خصومت، آکاتیزی و تکانشی شدن پایش شود.</p> <p>- از آفتاب دوری شود.</p> <p>- از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند، خودداری شود.</p> <p>- در نارسایی کبدی از دوز پایین تر استفاده شود.</p> <p>- برای قطع دارو از کم کردن تدریجی دارو استفاده شود.</p> <p>- از مصرف الکل پرهیز شود.</p> <p>- از شیردهی اجتناب شود.</p>
فلوکستین	<p>بیخوابی، سردرد، اضطراب، عصبی شدن، خواب آلودگی، کاهش لیبیدو، تهوع، اسهال، بی اشتها، خشکی دهان، ضعف، ترمور، فازژیت، خمیازه</p> <p>وارژیدیلانسیون، تب، درد سینه، خونریزی، فشار خون، تپش قلب، منگی، اختلال رویا، تکرکات غیرعادی، بیقراری، فراموشی، لرز، گیجی، ناپایداری عاطفه، اختلالات خواب، راش، خارش، انزال، دیررس، عقیقی، سوءهاضمه، بیبوست، نفخ، استفراغ، کاهش وزن، افزایش اشتها، افزایش وزن، تکرر ادرار، اختلال در دیده، درد گوش، وزوز گوش، سینوزیت، سندرم شبه آنفلونزا، تعریق</p>	<p>- حساسیت مغزط به دارو یا ترکیبات مشابه</p> <p>- استفاده همزمان از MAOIs یا در عرض دو هفته پس از خاتمه مصرف آنها</p> <p>- استفاده همزمان از تیوردازین (Thioridazine) یا مزوردازین (Mesoridazine)</p>	<p>- بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی</p> <p>- بیماران سالمند</p> <p>- افزایش خطرات در مان یا ECT</p> <p>- بیماران دیابتی</p> <p>- حاملگی</p> <p>- بیماران در معرض خطر خونریزی</p> <p>- استفاده از داروهای موثر در انعقاد</p> <p>- سابقه تشنج</p> <p>- سابقه صدمه مغزی</p> <p>- الکلیسم</p> <p>- استفاده از داروهای پایین آورنده آستانه تشنج</p>	<p>- از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند، خودداری شود.</p> <p>- در بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان، دوز کاهش داده شود.</p> <p>- دارو در زمان خواب مصرف شود.</p> <p>- بیش از ۵۰ mg باید در دوزهای منقسم مصرف شود و بخش عمده هنگام خواب باشد.</p> <p>- از مصرف الکل پرهیز شود.</p> <p>- اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، مانیا، آکاتیزی، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود.</p> <p>- از شیردهی اجتناب شود.</p>
فلوکسامین	<p>سردرد، خواب آلودگی، بی خوابی، عصبی شدن، منگی، تهوع، اسهال، خشکی دهان، ضعف</p> <p>تپش قلب، مانیا، هیپومانیا، سرگیجه، تکرکات غیرعادی، بیقراری، اضطراب، ناخوشی، فراموشی، خمیازه، برانگیختگی CNS، افسردگی، کاهش لیبیدو، دل درد، استفراغ، سوءهاضمه، بیبوست، مزه بد دهان، بی اشتها، افزایش وزن، انزال، دیررس، عقیقی، تکرر ادرار، احتیاس ادرار، نرسیدن به از گلسم، ترمور، تاری دیده، تنگی نفس، تعریق</p>	<p>- حساسیت مغزط به دارو یا ترکیبات مشابه</p> <p>- استفاده همزمان از MAOIs یا در عرض دو هفته پس از خاتمه مصرف آنها</p> <p>- استفاده همزمان از پیموزاید (Pimozide)، تیوردازین (Thioridazine)، مزوردازین (Mesoridazine)، سیزاپراید (Cisapride)، آستمیژول (Astemizole)، ترفنادین (Terfenadine)</p>	<p>- بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی</p> <p>- بیماران سالمند</p> <p>- بیماران در معرض خطر خونریزی</p> <p>- استفاده از داروهای موثر در انعقاد</p> <p>- سابقه تشنج</p> <p>- سابقه صدمه مغزی</p> <p>- الکلیسم</p> <p>- استفاده از داروهای پایین آورنده آستانه تشنج</p>	<p>- از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند، خودداری شود.</p> <p>- در بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان، دوز کاهش داده شود.</p> <p>- دارو در زمان خواب مصرف شود.</p> <p>- بیش از ۵۰ mg باید در دوزهای منقسم مصرف شود و بخش عمده هنگام خواب باشد.</p> <p>- از مصرف الکل پرهیز شود.</p> <p>- اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، مانیا، آکاتیزی، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود.</p> <p>- از شیردهی اجتناب شود.</p>

Bibliography:

1. Kessler, RC, Mc Gonagle, KA, Zhao,S,et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8.
2. Barret, JE, Barret, HA, Oxman, TE, Gerber, PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry 1998;48:1100.
3. Katon, W, Schulberg, H.Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:237.
4. Katon, WJ.Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. Biol Psychiatry 2003;54:216.
5. Solomon, DA, Keller, MB,Leon,AC,et all.Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychiatry 2000;157:229.
6. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS.Work Group on HIV/AIDS.American Psychiatry Association.Am J Psychiatry 2000;157:1.
7. Splitzer, RL, Kroenke, K, Williams, JB.Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD:the PHQ primary care study.Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.JAMA 1999;282:1737.
8. Lin, EH, Von Korff, M, Katon, W, et all. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy.Med Care 1995;33:67.
9. Robinson, LA, Berman, JS, Neimeyer, RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. Psychol Bull 1990;108:30.
10. Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Treatment of Major Depression: Clinical Practice Guideline. US Dept of Health and Human Services, Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research.AHCPR publication 93-0551, RockVile, MD 1993.
11. Schulberg, HC, Katon, W, Simon, GE, Rush, AJ. Treating major depression in primary care practice : an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. Arch Gen Psychiatry 1998;55:1121.
12. Mynors-Wallis, LM, Gath, DH, Lloyod-Thomas, AR, Tomlinson, D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. BMJ 1995;310:441.
13. Schulberg, HC, Block, MR, Madonia, MJ, et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-months clinical outcomes. Arch Gen Psychiatry 1996;53:913.
14. Schulberg, HC, Raue, PJ, Rollman, BL. The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. Gen Hosp Psychiatry 2002;24:203.
15. Blackburn, IM, Moore, RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. Br J Psychiatry 1997;171:328.
16. Frank, E, Kupfer, DJ, Perel, JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:1093.
17. Williams, JW Jr, Mulrow, CD, Chiquette, E, et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med 2000; 132:743.
18. Simon, GE, Vonkorff, M, Heiligenstien, JH, et al. Initial antidepressant choice in primary care . Effectiveness and cost of fluoxetine vs tricyclic antidepressants. JAMA 1996;275:1897.
19. Mulrow, CD, Williams, JW Jr, Chiquette, E, et al. Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. Am J Med 2000;108:54.
20. Cohen, HW, Gibson, G, Alderman, MH. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents . Am J Med 2000;108:2.

21. Roose, SP. Considerations for the use of antidepressants in patients with cardiovascular disease. *Am Heart J* 2000;140:84.
22. Ray, WA, Meredith, S, Thapa, PB, et al. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. *Clin Pharmacol Ther* 2004;75:234.
23. Nierenberg, AA, Farabaugh, AH, Alpert, JE, et al. Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 2000;157:1423.
24. Bull, SA, Hu, XH, Hunkeler, EM, et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA* 2002;288:1403.
25. Lin, EH, Katon, WJ, Vonkorff, M, et al. Relapse of depression in primary care: Rate and clinical predictors. *Arch Fam Med* 1998;7:443-449.
26. Geddes, JR, Carney, SM, Davies, C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653.
27. Regier, DA, Goldberg, ID, Taube, CA. The defacto US Mental Health services system: A public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:658.
28. Reid, IC, Stewart, CA. How antidepressants work: new perspectives on the pathophysiology of depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2001;178:299.
29. Stahl, SM. Selecting an antidepressant by using mechanism of action to enhance efficacy and avoid side effects. *J Clin Psychiatry* 1998;59Suppl 18:23.
30. Ray, WA, Meredith, S, Thapa, PB, et al. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. *Clin Pharmacol Ther* 2004;75:234.
31. Handley, MD, Mathew. Clinical Guidelines. The Institute on Health Care and Management. November 1998.
32. Cole, Steven, Dan, Ford. Depression Operational Guidelines Manual 2005: Getting started, Definitions, Decision Rules, Algorithms, Measures and Resources. Bureau of Primary Health Care 2005.
33. Abelson, David J. Major Depression in Adults in Primary Care. ICSI Health Care Guidelines. May 2004.
34. Management of Adults With Major Depression. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. January 2004.
35. Depression. University of Michigan Health System Guidelines for Clinical Care. May 2004.
36. Depression. A Guide to Diagnosis and Treatment. Brigham and Women's Hospital. 2001.
37. Practice Guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatric Association. April 2000.
38. Macmillan, HL, Patterson, CJ, Wathen, CN. Screening for depression in primary care: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005 Jan 4;172(1):33-5.
39. VHA/DOD Clinical practice guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Washington Department of Veterans Affairs, 2000.
40. Health Plan of Nevada Depression Guideline. August 2003.