

برخورد سیستماتیک با افسردگی مقاوم به درمان^(۱)

ترجمه از: دکتر محمد علی آرامی[‡]

چکیده:

درمان افسردگی مقاوم به درمان، می‌تواند با ارزیابی جامعی از تشخیص، (زیرگروه‌های افسردگی و اختلالات روانپزشکی و طبی همراه)، پذیرش، درمان و تطابق با آن و تاریخچه درمانی بیمار برنامه‌ریزی شود، همچنین می‌توان برخی از درمانهای متناسب و قابل قبول را برای بیمار و خانواده‌اش پیشنهاد کرد. پس از آن با تشریح مساعی پزشک، بیمار و خانواده‌اش می‌توان یک طرح درمانی جهت به حداکثر رساندن پذیرش و با پیش‌آگهی امیدوارکننده پی‌ریزی کرد^(۲).

کلید واژه: افسردگی مقاوم به درمان، درمان افسردگی مقاوم به درمان

Andeesheb
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۸

افسردگی مقاوم به درمان، مشکل پیچیده‌ای است که راههای مقابله ساده‌ای را می‌طلبد. در حالیکه، پزشکان با استفاده از اطلاعات و مفروضات موجود (در شرایطی که ممکن است مخدوش و کنترل نشده هم باشد) به درمان بیماران می‌پردازند، بیماران عملاً از یک مرور جامع بر تشخیص، وضعیت‌های پاتولوژیک همراه افسردگی، سطح پذیرش، تطابق بادرمانهای دارویی ضد افسردگی و تاریخچه درمانی سود می‌برند. پس از این بررسی‌هاست که می‌توان لیست اقدامات درمانی انتخابی (ساکز^(۳)، ۱۹۹۱) را بر اساس اولویت برای بیمار طرح ریزی کرد و با بیمار و خانواده‌اش در میان گذاشت. پزشک می‌تواند از این استراتژی سیستماتیک برای به حداکثر رساندن احتمال بهبودی بیمار و ایجاد امیدواری سود برد.

ملاحظات تشخیصی
زیرگروه افسردگی و اختلالات روانی و بیماریهای طبی همراه، در بیماران با افسردگی مقاوم به درمان نیاز به تشخیص‌گذاری دارد. پس از آنکه این تشخیص‌ها با یک ارزیابی جامع مشخص گردید، پزشک قادر خواهد بود که در مورد درمان مؤثر اظهار نظر نماید.
الف - زیرگروه‌های افسردگی:
زیرگروه‌های افسردگی از نظر درمانی شامل افسردگیهای پسیکوتیک، آتیپیک و دوقطبی غیر حساس می‌باشند. چرا هر کدام از این گروهها فقط به یک نوع ضد افسردگی پاسخ می‌دهند، معلوم نشده است.
۱- افسردگی پسیکوتیک: اکثر روانپزشکان می‌دانند که مؤثرترین درمان برای افسردگی پسیکوتیک ترکیبی از

1-treatment resistant depression

(مؤلف مقاله دکتر اندرو نایرنبرگ، Andrew A. Nierenberg, از برنامه افسردگی مقاوم به درمان، طرح تحقیقاتی افسردگی. بیمارستان مک‌لین، Mclean, بخش روانپزشکی، دانشگاه هاروارد).

‡ دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - بیمارستان رازی - جاده ابل‌گلی

2-J. Of Clinical Psychiatry Monograph. 1992, 10, 5-10

3-Sachs

داروهای ضد افسردگی و ضد پسیکوتیک و یا الکتروشوک تراپی است. داروهای ضد افسردگی به تنهایی فقط در ۲۰ درصد موارد در افسردگی پسیکوتیک مؤثر واقع می‌شوند. در کار تشخیص بالینی، افسردگی پسیکوتیک می‌تواند از نظر دور بماند. بیماران ممکن است علائم پسیکوتیک خود را مخفی کرده و یا انکار نمایند بنابراین لازم است مورد سئوالاتی که کاملاً با علائم آنان هماهنگ باشد قرار گیرند. پسیکوز می‌تواند شکل پوشیده و خفیفی داشته و بصورت کندی یا شدید بودن سایکوموتور، و بدون هذیانها و توهم‌های بارز دیده شود.

تشخیص افسردگی پسیکوتیک با توجه به فقدان مرزهای مشخص بین پسیکوز شدید و نسبتاً خفیف و پوشیده، پیچیده‌تر می‌شود به عنوان یک قاعده کلی پزشک باید در همه بیماران افسرده مقاوم به درمان به دقت علائم پسیکوتیک را جستجو نماید.

هنگامی که تشخیص افسردگی پسیکوتیک توسط پزشک داده شد، بایستی نورولپتیک یا ECT مورد توجه قرار گیرد. لازم است بیماران را از این نکته آگاه کرد که زمانیکه از نورولپتیک به منظور درمان اختلال خلقی استفاده می‌شود خطر دیسکینزی دیررس^(۱) بیشتر از زمانی است که جهت درمان اسکیزوفرنیا مصرف می‌گردد. ۲- افسردگی آتیپیک: علائم افسردگی آتیپیک شامل فعال شدن مجدد خلق^(۲) (به عبارت دیگر خلق با اتفاقات رضایت بخش بهتر می‌شود)، افزایش اشتها همراه با اشتیاق به مواد قندی^(۳) افزایش وزن، خستگی توام با فلج سربی^(۴) (اندامها مثل اینکه زیر بار سرب خم شده باشند سنگین احساس می‌شوند)، احساس وازدگی و بی‌ارزشی (حساسیت زیاد به انتقاد یا عدم پذیرش بین فردی) و ملال هیستروئید^(۵) (عملکرد مختل با پریشانی و اندوه بارز). این علائم علاوه بر سایر علائم تیپیک، خلق پایین، تحریک پذیری، کاهش تمرکز، احساس گناه و ناامیدی و بی‌ارزشی و افکار خودکشی دیده می‌شوند. گروه محققین دانشگاه

کلمبیا و پیتسبورگ^(۶) دریافته‌اند که بیماران با افسردگی آتیپیک از مهارکننده‌های منوآمین‌اکسیداز^(۷) بیشتر از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای رایج (TCAS) سود می‌برند. نقش مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین^(۸) (SSRI's) و بوپروپیون^(۹) برای افسردگی آتیپیک هنوز به وضوح ثابت نشده و تحت مطالعه است.

۳- افسردگی غیر حساس دو قطبی^(۱۰): در درمان افسردگی نیز، درمان با MAOIs نسبت به TCAS برتری دارد و نقش SSRI's و بوپروپیون نامشخص است. یافته‌های کنترل نشده احتمال مفید بودن فلوگزتین^(۱۱) را برای افسردگی‌های دو قطبی نوع II مطرح ساخته‌اند. بوپروپیون ممکن است برای افسردگی دو قطبی نوع I و II موثر باشد. ۴- اختلالات روانپزشکی همراه افسردگی:

وضعیت‌های روانپزشکی همراه افسردگی می‌توانند از پاسخ قابل توجه به ضدافسردگی‌ها و نتیجه درمانی خوب ممانعت کنند. مصاحبه ساخت یافته‌بالینی^(۱۲) برای (SCID)DSM-III-R و (SCID-II) ابزارهایی مناسب برای تشخیص سیستماتیک اختلالات محور I و II روانپزشکی می‌باشند.

چنانچه اختلال افسرده خلقی^(۱۳)، اختلال وسواسی - اجباری، سوء مصرف الکل و سایر مواد، اختلالات خوردن، اختلالات استرس پس از سانحه و اختلالات شخصیتی شدید قبل از شروع افسردگی وجود داشته باشند، همگی می‌توانند در ایجاد مقاومت نسبت به ضدافسردگی‌ها موثر باشند. بجز توصیه به معالجه اختلال

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| 1-tardive dyskinesia | 2-mood reactivity |
| 3-carbohydrate craving | 4-lead paralysis |
| 5- hysteroid dysphoria | 6-Pittsburgh |
| 7-MAOI,s | 8-Serotonin |
| 9-Bupropion | |
| 10-bipolar anergic depression | |
| 11-Fluxetine | |
| 12-structured clinical interview | |
| 13-dysthymic disorder | |

همراه در ضمن درمان افسردگی، رهنمودهای اندکی جهت درمان این افسردگی‌های پیچیده وجود دارد.

اختلال افسرده خلقی، یک سندرم افسردگی خفیف با درجات پایین است که حداقل دو سال طول کشیده باشد و چنانچه با یک افسردگی اساسی نیز بطور همزمان همراه گردد، افسردگی مضاعف^(۱) نامیده می‌شود. ضد افسردگی‌ها به طرز چشمگیری قادر به از بین بردن حمله افسردگی اساسی می‌باشند اما ثبات ظاهری خلق، گول زننده است و در نتیجه بیماران فقط به سطح افسرده خلقی قبلی خود بازمی‌گردند. افزون بر آن افسردگی ثانویه یا نوروتیک غالباً به ضد افسردگی‌ها پاسخ نمی‌دهد. زناشویی‌های ناموفق و آشفته و اشکال در ارتباطات صمیمی، که بوسیله بسیاری از تست‌های انتقادی چون بیان هیجانی بالا^(۲) تشخیص داده می‌شوند، در درمان زوج‌های افسرده باید مد نظر قرار گیرند. شاید روان‌درمانی در آن دسته از بیمارانی که به درمان دارویی جواب نمی‌دهند نقشی ایفا کند، با این حال پیش آگهی دراز مدت برای این بیماران مسئله دار، محفوظ تلقی می‌شود.

بیمارانی که اختلال وسواسی - اجباری دارند، در مقایسه با افسردگی اساسی به دوزهای بالاتر و بمدت طولانی‌تری به عوامل سروتونرژیک نیاز دارند. چنانچه بیماری کردار و یا افکار تکراری و ناخواسته‌ای که بنظر نمی‌رسد هیچگونه احساسی را برانگیزد، داشته باشد، پزشک لازم است بطور مستقیم در مورد آنها سؤال کند. معمولاً بیماران عمیقاً از علائم وسواسی - اجباری خود شرمسار بوده و سعی می‌کنند واقعیت این علائم را آشکار نسازند.

عده‌ای از بیماران با افسردگی اساسی، اختلال سوء مصرف مواد اعتیادآور و الکل را دارند. پرسشنامه GAGE، ترکیب حروف اول سئوالاتی که پرسیده می‌شود. یک آزمون مفید و شامل ۴ سؤال زیر است:

۱ - (Cut down): آیا شما این احساس را دارید که مجبور

به کم کردن و یا قطع مصرف الکل هستید؟
۲ - (Annoy): آیا کسی به علت گوشزد کردن مصرف الکل

زیاد، شما را تحریک و خشمگین می‌سازد؟
۳ - (Guilt): آیا شما در مورد مصرف زیاد الکل یا سوء مصرف هر ماده دیگر، احساس گناه می‌کنید؟

۴ - (Eyeopener): آیا شما مجبور بوده‌اید که مقداری الکل (یا سایر مواد اعتیادآور) را به عنوان بازنگهدارنده چشمتان هنگام صبح مصرف کنید تا از دست یک حالت خماری خلاص شوید و یا خودتان را باز یابید؟

پاسخ مثبت به حداقل ۲ سؤال نشانگر این است نه با احتمال زیاد الکل (یا سایر مواد اعتیادآور) بصورت یک مشکل درآمده است. به موضوع الکل و دارو باید بطور جداگانه رسیدگی شود. ضد افسردگی‌ها به تنهایی بی تاثیر خواهند بود.

کلر^(۳) و همکاران دریافتند که نسبت زیادی از بیماران با افسردگی اساسی و پراشتهایی روانی^(۴) یا بی اشتها^(۵) روانی سرانجام پنج ساله نامطلوبی دارند. گروه درمانی، رفتاردرمانی انفرادی و استفاده از یک متخصص تغذیه می‌توانند اجزاء کلیدی یک برنامه درمانی جامع باشند. اختلال استرس پس از سانحه با حملات تجزیه‌ای، یادآوری مکرر و مزاحم حادثه، واکنش‌های وحشت‌زدگی و ازجاپردن، اضطراب و ناراحتی هیجانی، کابوس‌های شبانه مکرر و مشکلات بین فردی شناخته می‌شود و اغلب با افسردگی اساسی، با یا بدون توهمات کاذب^(۶) و سوء مصرف الکل یا مواد همراه است. اختلالات متعددی که می‌توانند با اختلال استرس پس از سانحه همراه شوند، درمان افسردگی اساسی را بغرنج‌تر می‌کنند.

اختلالات شخصیتی شدید مانند: مرزی، خودشیفته و پرخاشگر که با اختلال تطابق اجتماعی (با

1-double depression 2-high expressed emotion
3-Keller 4-bulimia nervosa
5-anorexia nerovsa 6-pseudohallucinations

آشفستگی یا عدم ارتباطات بین فردی) مشخص است به فراوانی با افسرده‌خلقی^(۱)، نومیدی، احساس پوچی، احساس بی‌کسی و تنهایی، خشم، غضب و احساس بی‌ارزشی همراه هستند. افسردگی اساسی که پس از پیدایش این اختلالات شخصیت، در بیمار بوجود می‌آید و افسردگی ثانویه نیز نامیده می‌شود، نسبت به ضدافسردگی‌ها پاسخ کافی نمی‌دهد. با این حال ضد افسردگی‌ها باید برای این بیماران مورد استفاده قرار گیرند و ممکن است برای رفع افسردگی در بسیاری از اختلالات شخصیت موثر باشند. اما راه اساسی درمان برای این بیماران، درمان‌های روانی - اجتماعی بلند مدت است.

در صورتیکه مصرف ضدافسردگیها سودمند نباشد، می‌توان با دوره‌های بدون دارو مناسب بودن داروهای ضد افسردگی را ارزیابی کرد. در این مرحله از نظر هدف نهایی درمان، تمرکز مجدد روی امر مشکل و اصلاح اختلال شخصیت، به جستجو در تاثیر ضد افسردگی‌ها برتری دارد.

ب- اختلالات طبی همراه: اختلالات طبی همراه مثل سندرم های درد، بیماری ایدز، بیماری پارکینسون، اختلالات غدد داخلی و اختلالات اولیه خواب، در ایجاد مقاومت به ضد افسردگیها نقش دارند. درمان افسردگی در بیماران با مشکلات طبی و ناتوانی در مراقبتهای پزشکی اولیه، هنوز مورد مطالعه کافی قرار نگرفته است.

آیا افسردگی یک واکنش طبیعی به از دست دادن سلامتی و عملکرد شخص است؟ آیا می‌توان در موارد شدید بیماری پاسخ قابل توجهی نسبت به ضدافسردگی‌ها را انتظار داشت؟ بسیاری از مطالعات کنترل شده با دارونما^(۲) در مورد ضدافسردگی‌ها درحیطه بیماران مبتلا به اختلالات طبی مورد مطالعه قرار نگرفته است و سؤالات فوق بی‌پاسخ مانده‌اند.

داروهایی که به دلایل طبی مصرف می‌شوند می‌توانند با وضعیت سطوح پلاسمایی یکنواخت تداخل

کرده و درمان افسردگی را پیچیده سازند. به علاوه لیست بلندی از داروها می‌توانند زمینه نوعی سندرم افسردگی را فراهم نمایند. پزشک موظف است تا تمامی داروهای تجویز شده به بیمار را مجدداً کنترل کند.

کلیه موارد مورد نظر (که ممکن است افسردگی مقاوم به درمان را ایجاد کنند) می‌توانند از طریق مرور کامل تمامی جنبه‌های تشخیصی و درمانی شناسایی شوند.

ملاحظات درمانی

با چشم‌پوشی از موارد تخفیف‌گذرای خودبخود، بیماران افسرده فقط با مصرف داروهای ضدافسردگی بهبود خواهند یافت. محققین اظهار داشته‌اند که بیماران مصرف کننده دارو تنها در ۵۰ درصد موارد داروهای خود را به همان ترتیبی که تجویز شده مصرف می‌کنند. دست کم ۴۰ درصد بیماران بطور خودسرانه با افزودن یا کاستن دوز تجویز شده، در تنظیم مصرف دارو مداخله می‌کنند.

پزشکان لازم است نسبت به مشکلات روزانه بیماران تحت دارودرمانی خود حساس باشند. تطابق بیماران با یک برنامه دارویی با توجه به حفظ و سهولت ارتباط، سادگی مصرف دارو به بیشترین میزان خود می‌رسد. از آنجاکه بسیاری از بیماران داروهای متعدد می‌گیرند، هماهنگ کردن زمان مصرف این داروها نیز می‌تواند میزان تطابق را بالاتر ببرد.

قدم بعدی پزشک برای ارزیابی بیمار مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، مرور تاریخچه درمانی با جزئیات کامل است. چه دارویی بیمار پیش از این گرفته است؟ چه مقدار و برای چه مدتی؟ آیا این دارو را تحمل کرده است؟ آیا به همان روشی که تجویز شده است مصرف کرده است؟ چرا مصرف آن را متوقف نموده است؟ جزئیات درمانهای گذشته می‌تواند بصورت یک راهنما جهت درمان درآینده بکار گرفته شود. مدت مصرف و

1-dysthymia

2-placebo

دوزهای کمتر از حد لزوم نیز مورد نظر خواهد بود. از طرفی واکنشهای آلرژیک و نامطلوب دارویی، برخی داروها را از برنامه درمانی کنار خواهد گذاشت. تاریخچه درمانی به پزشک و بیمار هم در اتخاذ روش درمانی جدید و هم در کشف ماهیت بیماری کمکی مؤثر به شمار می آید.

برنامه‌های درمانی: لیست روشهای درمانی مناسب
گام بعدی در مورد افسردگی مقاوم به درمان، بالا بردن کیفیت درمان با ضدافسردگی‌ها، استراتژیهای تقویت کننده و تعویض ضد افسردگی‌هاست.

ضد افسردگی‌ها باید با دوز کافی، ایجاد سطوح سرمی کافی و بمدت کافی تجویز شوند. معیارهای کفایت درمان در جدول ۱ ذکر شده اند. بسیاری از بیماران در صورتیکه پس از ۴ تا ۶ هفته درمان مطلقاً بهبودی نیابند، مصرف ضد افسردگی تجویز شده را ادامه نمی‌دهند. باید در نظر داشت که پاسخ برخی بیماران نسبت به ضد افسردگی‌ها تدریجی و آهسته است و ممکن است افزودن مدت زمان دیگری به برنامه درمانی آن با ضد افسردگی‌ها لازم باشد.

در صورتیکه بیماری برای ضدافسردگی‌ها در مدت استاندارد ۴ تا ۶ هفته‌ای پاسخ درمانی نداده است، کوشش برای درمان ۱۲ هفته‌ای با ضد افسردگی‌ها می‌تواند مؤثر باشد.

همانگونه که در گزارشات متعدد اظهار می‌شود، برخی بیماران ممکن است بطور غیر قابل انتظاری نیازمند دوزهای بالایی از ضدافسردگیها باشند. تحقیقات کنترل شده نشان خواهد داد آیا واکنشهای دارویی نامطلوب با دوزهای بالای فلوگزتین یا MAOIs در مقایسه با طولانی کردن زمان درمان قابل قبول می‌باشد و باید ترجیح داده

شوند یا خیر.

استراتژیهای تقویت کننده از طریق افزودن یک دارو به برنامه درمانی با ضد افسردگی‌ها بنظر می‌رسد که سبب افزایش یا تشدید پاسخ به ضد افسردگی‌ها می‌گردند. بیشترین مطالعات در مورد استراتژی تقویت بالیتیوم بوده است. میزان پاسخ دهی از ۳۰ درصد تا ۶۵ درصد بر اساس محل مطالعات، تاریخچه قبلی، مقاومت و مدت استفاده از لیتیوم متفاوت بوده است. هر چه این مدت طولانی‌تر باشد، پاسخ بهتری گرفته می‌شود.

گزارشات اولیه پیشنهاد روش ۲ روزه را مطرح می‌کردند. اما مقالات بعدی از یک روش ۳ هفته‌ای حمایت می‌کنند. مطالعات انجام شده رابطه‌ای بین پاسخ درمانی و سطح سرمی یا دوز مصرفی لیتیوم نشان نداده‌اند. معمولاً کربنات لیتیوم در دوزهای ۳۰۰ میلی گرمی دو یا سه بار در روز مصرف می‌شود. داس^(۱) و همکاران مدت طولانی‌تری را مورد مطالعه قرار داده‌اند (۶ هفته) و بالاترین میزان پاسخ‌دهی مؤثر را گزارش کرده‌اند. (N=20, 65%). مطالعات کنترل شده زیادی برای تعیین دوز مناسب لیتیوم، مدت زمان روش تقویت با لیتیوم و پیش‌بینی پاسخ مطلوب لازم است. سایر روش‌های تقویت کننده شامل افزودن لیوتیرونین سدیم (ایزومتری یدوتیرونین T3) یا لووتیروکسین سدیم (ایزومر تیروکسین T4) محرک‌ها^(۲)، ضد تشنج‌ها یا بوسپیرون و ترکیب ضد افسردگی‌ها با فلوگزتین است. فلوگزتین می‌تواند سطوح TCA را به میزان ۴ تا ۱۱ برابر افزایش دهد؛ بنابراین زمانیکه از این ترکیب استفاده می‌شود باید دقت کافی به عمل آید و سطوح سرمی TCA جهت پیشگیری از مسمومیت با ضد افسردگی‌ها بطور مرتب سنجیده شود.

1-Thas

2-stimulants

معیارها		
ضد افسردگی‌ها	روش قطعی با طول مدت	روش احتمالی با طول مدت
	≥ ۶ هفته	۶ هفته < ۴ هفته ≥

داروهای سه حلقه‌ای:	دوز روزانه	دوز روزانه
ایمی پرامین / دزی پرامین	یا ≥ ۲۵۰ mg	۲۰۰-۲۴۹ mg
	سطح پلاسمایی دزی پرامین ≥ ۱۲۵ ng/ml	
	و ایمی پرامین ≥ ۲۰۰ ng/ml	
نورتریپتیلین	یا ≥ ۱۰۰ mg	۷۵-۹۹ mg
	سطح پلاسمایی ۵۰-۱۵۰ ng/ml	
آمی تریپتیلین، داگزپین	≥ ۲۵۰ mg	۲۰۰-۲۴۹ mg
ماپروتیلین	≥ ۲۰۰ mg	۱۵۰-۱۹۹ mg
پروتیپتیلین	≥ ۶۰ mg	۴۰-۵۹ mg
داروهای مهارکننده MAO:		
فنلزین	≥ ۶۰ mg	۴۵-۵۹ mg
ایزوکاربوکسازید یا ترانیل سیپرومین	≥ ۴۰ mg	۳۰-۳۹ mg
فلوگزتین	≥ ۲۰ mg	۵-۱۹ mg
سایر داروها:		
بوپروپیون	≥ ۴۰۰ mg	۳۰۰-۳۹۹ mg
ترازودون	≥ ۳۰۰ mg	۲۰۰-۲۹۹ mg
آموکسپین	≥ ۳۰۰ mg	۲۰۰-۲۹۹ mg
لیتیوم	سطح پلاسمایی ۱/۱-۱/۷ meq/L	سطح پلاسمایی ۰/۴-۰/۶۹ meq/L
الکتروشوک:	۱۲ بطور کل ≥ با حداقل ۶ دوطرفه	یک طرفه ۹-۱۲ ≥

تعویض ضد افسردگی یک استراتژی معروف است اما بر اساس یافته‌های محدودی قرار دارد. محققین تعویض TCA را به فلوگزتین، یک MAOI، بوسپیرون، ترازودون و کلومیپرامین مطالعه کرده‌اند. میزان پاسخگویی در کل از حدود ۵۰ درصد تا ۶۵ درصد بوده است. مطالعات در مورد شکست درمانی با فلوگزتین هنوز کافی نیست اما روشهای تعویض شامل تغییر آن به TCA، بوسپیرون، ترازودون یا یک MAOI می‌باشد. اگر پس از یک دوره درمان ناموفق با فلوگزتین، MAOI برای درمان انتخاب شود، باید ۵ تا ۶ هفته بین قطع فلوگزتین و شروع درمان با MAOI فاصله داده شود زیرا احتمال تداخل دارویی خطرناکی وجود دارد.

سایر روشهای درمانی در مطالعات کنترل نشده شامل استفاده از سلژیلین^(۱) توأم با فنیل‌آلانین، آگونیستهای دوپامین مثل بروموکرپتین آنتاگونیستهای آلفادو مانند ایدازوکسان^(۲) برای افسردگی دوقطبی و داروهایی که کورتیزول سرم را پایین می‌آورند، می‌باشند. توجه داشته باشید که بسیاری از این مطالعات کنترل نشده می‌باشند و لازم است هنوز با تردید نگریسته شوند.

الکتروشوک‌تراپی یک درمان جانشین استثنایی است. ECT بر خلاف سایر روشهای درمانی در روانپزشکی، یک روش بدنام شده است و بیماران در مورد پذیرش ECT به عنوان یک روش درمانی بی‌میل هستند و برخی روانپزشکان نیز در مورد تجویز آن رغبت نشان نمی‌دهند. درحالیکه ECT برای برخی از بیماران افسرده ممکن است تنها راه درمان باشد، ساکیم^(۳) و همکاران سیر نامطلوب بیمارانی را که به مقادیر کافی ضدافسردگی‌ها پاسخ نداده بودند ولی با ECT بهبود یافته بودند گزارش کردند: ۷۰ درصد یک عود یا برگشت مجدد را ضمن یک سال، علیرغم درمان دارویی کافی پس از ECT داشتند. الکتروشوک‌تراپی احتمالاً برای این بیماران درمان ثابت انتخابی است.

جایگاه ECT در لیست درمانهای انتخابی که برای هر بیمار بطور انفرادی تنظیم می‌شود کجا باید باشد؟ الکتروشوک را باید بصورت روشی در نظر گرفت که می‌تواند در هر مرحله از کل برنامه پذیرفته شده و مد نظر قرار گیرد. خصوصاً به ECT باید به عنوان درمانی با بیشترین احتمال درمان بخشی و کمترین احتمال ایجاد عوارض جانبی شدید نگریسته شود. به هر حال لازم است در مورد افسانه‌ها و واقعیت‌های پیرامون ECT اطلاعات کافی به بیماران داده شود. جهت انتخاب بهترین روش درمان برای بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان در مرحله بعدی پزشک باید دلایل کفایت درمان اختصاصی برای زیرگروه افسردگی، بی‌خطر بودن و عوارض جانبی درمان، سهولت استفاده برای بیمار، پذیرش بیمار و سایر فاکتورها از جمله هزینه درمان را در نظر بگیرد. هرچه افسردگی مقاوم‌تر و مداوم‌تر باشد بیمار و پزشک بیشترین خطر را برای نزدیک شدن به نتیجه مطلوب خواهند پذیرفت

سخن آخر

افسردگی مقاوم به درمان بیماران و پزشکان را با یک مشکل پیچیده مواجه می‌سازد. ابتدا باید علت مقاومت به درمان کشف شود. به مشکلات پذیرش، درمان، تطابق بیمار، تشخیص نوع افسردگی و سایر اختلالات روانپزشکی و طبی همراه دقت گردد. تاریخچه درمان با جزئیات کامل مرور شود. سپس لیستی از روشهای درمانی انتخابی را برای هر بیمار و براساس مدارک و خصوصیات اخلاقی و طبیعی^(۴) هر فرد تنظیم و مرور گردد. با در نظر گرفتن نکات فوق درمان امیدوارکننده خواهد بود. افزودن طول مدت درمان گاهی بهترین روش معالجه است.

1-Selegiline
3-Sackeim

2-Idazoxan
4- idiosyncrasy

واژگان اندیشه و رفتار

یکی از مشکلات همیشگی کسانی که با واژه‌های گوناگون رشته‌های مختلف علمی سر و کار دارند، روبرو شدن با برابر نهاده‌های گوناگون فارسی برای یک واژه خارجی است. این مشکل در زمینه علوم روان‌شناسی، روان‌پزشکی و دیگر رشته‌های وابسته نیز وجود داشته است.

همکارانی که در زمینه گردآوری و گزینش برابر برای رفع این مشکل، دست‌اندرکاران نشریه اندیشه و رفتار بر آن شده‌اند تا در هر شماره نشریه بخشی تحت عنوان "واژگان اندیشه و رفتار" در آن بگنجانند. کوشش بر آن است تا برابر نهاده‌های مورد توافق همکاران برای واژه‌هایی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد، به ویژه واژه‌هایی که در مقالات همان شماره مورد بحث قرار گرفته است، معرفی گردد. انتظار گردآورندگان این مجموعه آن است که یک واژه مشخص به عنوان برابر نهاده یک واژه

- نهاده‌های واژگان این شماره کوشش داشته‌اند عبارتند از:
- (به ترتیب الفباء)
- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| ۱- دکتر اصغر الهی | ۲- رضا امام جمعه کاشان |
| ۳- اوآگم اوهانجانیانس | ۴- دکتر محمد نقی براهنی |
| ۵- دکتر سید اکبر بیان زاده | ۶- دکتر جعفر بوالهروی |
| ۷- دکتر بهروز بیرشک | ۸- مریم دولتخواه |
| ۹- شهلا زعفری نویری | ۱۰- دکتر محمدعلی شیرازی |
| ۱۱- دکتر حسن عشایری | |

analytic synthetic function	کارکرد تحلیلی - ترکیبی
bipolar anergic depression	افسردگی دوقطبی بی توان
cognitive	شناختی
consumer participation	مشارکت بهره‌گیران
continuity of care	پیوستار مراقبت - تداوم مراقبت
dysphoria	خلق ناخشنود
dysthymia	افسرده خلقی
depressive mood	خلق افسرده
dysthymic disorder	اختلال افسرده خلقی
early behaviorism	رفتارگرایی اولیه
expectancy	انتظار
hysteria	هیستری
hysteroid	هیستری‌سان
hysteroid dysphoria	خلق ناخشنود هیستروئید