

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

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۸

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

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 با درمان‌های 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.

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 ایل‌گلی

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 او 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) بسرای (SCID)DSM-III-R و (SCID-II) ابزارهایی مناسب برای تشخیص سیستماتیک اختلالات محور او 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-leaden 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 زنده 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 الککل را دارند. پرسشنامه CAGE، (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 الککل هستید؟
۲- (Annoy): آیا کسی به علت گوشزد کردن مصرف الککل

زیاد، شما را تحریک و خشمگین می‌سازد؟

۳- (Guilt): آیا شما در مورد مصرف زیاد الککل یا سوء مصرف هر ماده دیگر، احساس گناه می‌کنید؟

۴- (Eyeopener): آیا شما مجبور بوده‌اید که مقداری الککل (یا سایر مواد اعتیادآور) را به عنوان بازنگهدارنده چشماتان 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 که با احتمال زیاد الککل (یا سایر مواد اعتیادآور) بصورت یک مشکل درآمده است. به موضوع الککل 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) 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 ازجا بردن، 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 الککل یا مواد همراه است. اختلالات متعددی که می‌توانند با اختلال استرس پس از سانحه همراه شوند، درمان افسردگی اساسی را بفرنج تر 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

آشفته‌گی 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 در حیطه 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

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.

برنامه های درمانی: لیست روشهای درمانی مناسب گام بعدی در مورد افسردگی مقاوم به درمان، بالا بردن کیفیت درمان با ضدافسردگی ها، استراتژیهای تقویت کننده و تعویض ضد افسردگی هاست.

ضد افسردگی ها 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 نمی دهند. باید در نظر داشت که پاسخ برخی بیماران نسبت به ضد افسردگی ها تدریجی و آهسته است و ممکن است افزودن مدت زمان دیگری به برنامه درمانی آن با ضد افسردگی ها لازم باشد.

در صورتیکه بیماری برای ضدافسردگی ها در مدت استاندارد ۴ تا ۶ هفته ای پاسخ درمانی نداده است، کوشش برای درمان ۱۲ هفته ای با ضد افسردگی ها می تواند مؤثر باشد.

همانگونه که در گزارشات متعدد اظهار می شود، 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 می باشد و باید ترجیح داده

شوند یا خیر.

استراتژیهای تقویت کننده از طریق افزودن یک دارو به برنامه درمانی با ضد افسردگی ها بنظر می رسد که سبب افزایش یا تشدید پاسخ به ضد افسردگی ها می گردند. 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 طولانی تر باشد، پاسخ بهتری گرفته می شود.

گزارشات اولیه پیشنهاد روش ۲ روزه را مطرح می کردند. اما مقالات بعدی از یک روش ۳ هفته ای حمایت می کنند. مطالعات انجام شده رابطه ای بین پاسخ درمانی و سطح سرمی یا دوز مصرفی لیتیوم نشان نداده اند. معمولاً کربنات لیتیوم در دوزهای ۳۰۰ میلی گرمی دو یا سه بار در روز مصرف می شود. داس^(۱) و همکاران مدت طولانی تری را مورد مطالعه قرار داده اند (۶ هفته) و بالاترین میزان پاسخ دهی مؤثر را گزارش کرده اند. (N=20, 65%). مطالعات کنترل شده زیادی برای تعیین دوز مناسب لیتیوم، مدت زمان روش تقویت با لیتیوم و پیش بینی پاسخ مطلوب لازم است. سایر روش های تقویت کننده شامل افزودن لیوتیرونین سدیم (ایزومرتری یدوتیرونین T3) یا لووتیرونکسین سدیم (ایزومر تیرونکسین T4) محرکها^(۲)، ضد تشنج ها یا بوسپیرون و ترکیب ضد افسردگی ها با فلوگزتین است. فلوگزتین می تواند سطوح TCA را به میزان ۴ تا ۱۱ برابر افزایش دهد؛ بنابراین زمانیکه از این ترکیب استفاده می شود باید دقت کافی به عمل آید و سطوح سرمی TCA جهت پیشگیری از مسمومیت با ضد افسردگی ها بطور مرتب سنجیده شود.

جدول ۱ - معیارهای کفایت ضد افسردگی

معیارها		
ضد افسردگی ها	روشن قطعی باطول مدت ≥ هفته ۶	روشن احتمالی باطول مدت هفته ۴ < هفته ۶ ≥
داروهای سه حلقه‌ای:		
ایمی پرامین / دزی پرامین	دوز روزانه یا ≥ ۲۵۰ mg	دوز روزانه ۲۰۰-۲۴۹ mg
نورتریپتیلین	سطح پلاسمایی دزی پرامین ≥ ۱۲۵ ng/ml و ایمی پرامین ≥ ۲۰۰ ng/ml یا ≥ ۱۰۰ mg	دوز روزانه ۷۵-۹۹ mg
آمی تریپتیلین، داگزپین	سطح پلاسمایی ۵۰-۱۵۰ ng/ml یا ≥ ۲۵۰ mg	دوز روزانه ۲۰۰-۲۴۹ mg
ماپروتیلین	یا ≥ ۲۰۰ mg	دوز روزانه ۱۵۰-۱۹۹ mg
پروتیپتیلین	یا ≥ ۶۰ mg	دوز روزانه ۴۰-۵۹ mg
داروهای مهارکننده MAO:		
فنلزین	یا ≥ ۶۰ mg	دوز روزانه ۴۵-۵۹ mg
ایزوکاربوکسازید یا ترانیل سیپرومین	یا ≥ ۴۰ mg	دوز روزانه ۳۰-۳۹ mg
فلوگزتین	یا ≥ ۲۰ mg	دوز روزانه ۵-۱۹ mg
سایر داروها:		
بوپروپیون	یا ≥ ۴۰۰ mg	دوز روزانه ۳۰۰-۳۹۹ mg
ترازودون	یا ≥ ۳۰۰ mg	دوز روزانه ۲۰۰-۲۹۹ mg
آموکسپین	یا ≥ ۳۰۰ mg	دوز روزانه ۲۰۰-۲۹۹ mg
لیتیوم	سطح پلاسمایی ۱/۱-۷/۰ 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، بوسپرون 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، بوسپرون، 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 بروموکریتین 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.

الکتروشوک تراپی 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 تنه‌راه 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. الکتروشوک تراپی 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 مدنظر 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 خطرها 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