تشخیص و درمان افسردگی سالمندان
(با تأکید بر همراهی افسردگی و بیماری‌های طبی در سالمندان)

غلامحسین احمدزاده[1]

اهداف آموزشی:

۱- یاد گیرنده بتواند اهمیت تشخیص افسردگی در سالمندان را بیان نماید.

۲- یاد گیرنده بتواند علایم شایع در افسردگی سالمندان و تفاوت‌های آن با سایر سنین را شناسایی کند.

۳- یاد گیرنده بتواند عوارض جدی ناشی از عدم درمان صحیح افسردگی را به خصوص در همبودی افسردگی با بیماری‌های طبی بیان نماید.

۴- یاد گیرنده بتواند اصول کلی درمان و پی‌گیری افسردگی سالمندان را به کار گیرد.

۵- یاد گیرنده نحوه انتخاب داروی ضد افسردگی مناسب را در افسردگی سالمندان به کار گیرد.

نوع مقاله: بازآموزی

دریافت مقاله: ۸۹/۴/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۳۰

مقدمه

امروزه، سالمندان با افزایش امید به زندگی، دارای سریع‌ترین رشد در بین گروه‌های جمعیتی در جهان هستند. حدود ۱۰ درصد از جمعیت جهان را سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) تشکیل می‌دهند. در بعضی جوامع این رقم به ۳۰ درصد می‌رسد. افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در جهان پدیده‌ای است که از آن به عنوان «خاکستری شدن جمعیت» و یا «سالمندی اجباری» نام برده می‌شود. شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن گوناگون موجب گردیده است که بخش عمده‌ای از منابع بهداشتی و درمانی به سالمندان اختصاص یابد (۲، ۱).

در بین بیماری‌های مختلف این دوران اختلالات روانی، به خصوص افسردگی و دمانس اهمیت ویژه‌ای دارند. بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در مورد «بار بیماری» (مجموع سال‌های از دست رفته عمر که فرد در اثر مرگ زودرس و یا نوعی ناتوانی که شخص را از داشتن یک زندگی سالم محروم می‌کند) در بین بیماری‌های مختلف افسردگی تا سال ۲۰۲۰ رتبه اول یا دوم را خواهد داشت (۳، ۲)؛ در حالی که به علت تظاهرات خاص افسردگی در سالمندان و ترس از برچسب بیمار روانی خوردن و یا تلقی افسردگی به عنوان جزء طبیعی و قابل انتظار در دوران کهولت، هم بیمار سالمند مبتلا به افسردگی کمتر به این علت به پزشک مراجعه می‌کند و هم پزشکان در تشخیص صحیح و به هنگام این اختلال دچار مشکل هستند. افسردگی درمان نشده در سالمندان موجب کاهش چشمگیری در کیفیت زندگی سالمند و خانواده وی می‌گردد. پیچیدگی نقش عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد و تداوم افسردگی سالمندان، لزوم توجه هر چه بیشتر به این اختلال را مطرح می‌نماید (۴).

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: ahmadzadeh@med.mui.ac.ir

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

خصوصیات افسردگی در سالمندان

شدیدترین تظاهر بالینی افسردگی را اختلال افسردگی ماژور می‌نامند که ملاک‌های تشخیص آن بر اساس آخرین طبقه‌بندی انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای همه سنین یکسان است. شاخص‌ترین علایم اختلال افسردگی ماژور عبارتند از ۱) خلق افسرده که در اکثر مواقع روز یا به صورت احساس ذهنی و شکایت بیمار از غمگینی و پوچی و یا مشاهدات دیگران گزارش می‌شود ۲) کاهش قابل ملاحظه در علایق و احساس لذت نسبت به تمام و یا به طور تقریبی اغلب فعالیت‌های روزمره ۳) کاهش قابل توجه اشتها و وزن بدون پرهیز غذایی و یا گاهی افزایش وزن و اشتها ۴) بی‌خوابی و گاهی پرخوابی ۵) تحریک و یا کندی فعالیت‌های روانی حرکتی ۶) خستگی یا فقدان انرژی ۷) احساس بی‌ارزشی و گناه ۸) کاهش توانایی تمرکز یا تفکر ۹) افکار تکرار شونده راجع به مرگ و خودکشی و حتی اقدام به آن.

برای تشخیص افسردگی عمده، از بین علایم فوق وجود حداقل ۵ علامت که باید یکی از آن‌ها علایم (۱) و (۲) باشد، به مدت حداقل ۲ هفته و با ایجاد اختلال در عملکرد شخصی و شغلی و اجتماعی فرد لازم است (۵). اگر چه وجود افسردگی ماژور در سالمندان چندان ناشایع نیست، ولی درصد قابل توجهی از سالمندان مبتلا به افسردگی ملاک‌های تشخیصی ذکر شده را به صورت کامل ندارند و اغلب تعدادی از این علایم را مطرح می‌نمایند. به همین علت افسردگی سالمندان را اغلب افسردگی تحت آستانه تشخیص (Subthreshold) یا افسردگی مینور می‌نامند. اصطلاح افسردگی مینور به دو صورت به کار برده می‌شود، یکی اشاره به نوعی از افسردگی دارد که با علایم مشابه افسردگی ماژور، ولی تعداد کمتری از علایم وجود دارد و دیگری به مربوط به نوعی از افسردگی با تظاهراتی متفاوت با افسردگی ماژور است که در ادامه به خصوصیات آن اشاره می‌گردد. در سالمندان به ازای هر یک مورد افسردگی ماژور ۳-۲ مورد افسردگی مینور وجود دارد.

لازم به ذکر است که اصطلاح افسردگی مینور به هیچ عنوان از اهمیت بالینی و عوارض نامطلوب و قابل توجه این نوع افسردگی در سالمندان نمی‌کاهد (۶).

اغلب سالمندان در هنگام ابتلا به افسردگی، کمتر از احساس غمگینی و دلتنگی ناشی از خلق افسرده شکایت می‌کنند و گاهی حتی وجود آن را انکار می‌نمایند؛ به نحوی که برخی افسردگی سالمندان را «افسردگی بدون احساس غم» می‌نامند. در واقع بنا به دلایل گوناگونی از جمله نگرانی و ترس از خوردن برچسب «بیمار روانی» و یا توجه و حساسیت بیشتر اطرافیان و جامعه به بیماری‌های جسمی، سالمندان تمایل زیادی به مطرح کردن شکایات جسمی مختلف به صورت دردهای پراکنده در سراسر بدن خود دارند. آن دسته از علایم افسردگی که بیشتر جنبه جسمی دارند، مانند ضعف و خستگی و بی‌اشتهایی از جمله این موارد هستند. وجود افسردگی و اضطراب آستانه حس درد را کاهش می‌دهد و موجب آن می‌گردد که شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمنی مانند آرتروز حساس‌تر شود و یا حتی پاره‌ای از تغییرات فیزیولوژیک احشایی را به صورت درد و احساس ناخوشایند بیان نماید.

اشتغال ذهنی با سلامتی و توجه افراطی و وسواس‌گونه بر علایم جسمی، مانند دفعات اجابت مزاج و سایر موارد از دیگر خصوصیات افسردگی سالمندان است که گاهی در حد خود بیمارانگاری (هیپوکندریازیس) و ترس و نگرانی از ابتلا به بیماری‌های مهلک و خطرناک می‌رسد. تعدد شکایات جسمی با شدت افسردگی ارتباط مستقیم دارد (۷). شکایت از علایم شناختی مانند فراموشی و حواس پرتی از دیگر علایم شایع در افسردگی سالمندان است؛ به نحوی که اصطلاح دمانس کاذب (Pseudodementia) را برای توصیف این تابلو بالینی در افسردگی سالمندان به کار می‌برند. همراهی بالای افسردگی و دمانس موجب پیچیده‌تر شدن این تابلو در افسردگی سالمندان می‌شود.

تشخیص افتراقی افسردگی از دمانس در سالمندان، یکی از مشکل‌ترین مسایل در تشخیص افسردگی سالمندان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

www.mui.ac.ir

می‌باشد، به خصوص تغییرات شناختی طبیعی ناشی از سالمندی نیز ممکن است منجر به پیچیده‌تر شدن این مسأله شود. بیماران مبتلا به دمانس کاذب شروع حادتری (طی چند روز تا چند هفته) دارند و بیشتر از علایم آن شکایت می‌کنند و حتی سعی در مبالغه و تشدید علایم دارند و چندان حوصله و تمایلی برای همکاری در مصاحبه با پزشک از خود نشان نمی‌دهند. در این بیماران پیشرفت و تشدید علایم شناختی آن چنان سریع و شدید است که برای اطرافیان غیر قابل انتظار و غیر معمول است. در صورتی که ظهور و تشدید علایم شناختی، به ویژه اختلال حافظه در دمانس بسیار آهسته و تدریجی است و خود بیمار چندان نسبت به وجود این اختلال آگاهی و بصیرت ندارد و حتی تمایل به نادیده انگاشتن و انکار مشکلات شناختی‌اش دارد. تقدم و تأخر علایم خلقی و شناختی نیز تا حدی در افتراق این دو حالت راه‌گشا است. اگر چه در نهایت بخش قابل توجهی از سالمندانی که افسردگی‌شان با تابلو دمانس کاذب ظاهر می‌شود، در پی‌گیری دراز مدت، ممکن است تبدیل به دمانس، به ویژه از نوع آلزایمر شود. به تازگی نوع خاصی از افسردگی در سالمندان شناسایی شده است که افسردگی عروقی (وسکولار دپرشن) نام دارد. بهترین مشخصات این نوع افسردگی کاهش شکایات خلقی بیمار چه در زمینه خلق افسرده و چه علایم وژتاتیو افسردگی مانند اختلال خواب و اشتها می‌باشد، ولی ضعف بصیرت، علایم شناختی و ظاهر بی‌احساس (آپاتی) و کندی روانی حرکتی علایم برجسته‌تری در آنان می‌باشد. تغییرات ایسکمیک به صورت میکرو انفارکت در هسته‌های قاعده‌ای و ماده سفید مغز این بیماران دیده می‌شود. (۹، ۸)

همبودی افسردگی و بیماری‌های جسمی

ارتباط افسردگی با بیماری‌های جسمی بسیار پیچیده است. وجود افسردگی به همراه بیماری‌های جسمی ناتوانی ناشی از بیماری‌های جسمی، احتمال بستری شدن مکرر و پیش آگهی بیماری جسمی را افزایش می‌دهند. از سوی دیگر تشدید ناتوانی ناشی از بیماری جسمی موجب ادامه افسردگی در بیمار می‌گردد و در مجموع بار هر دو بیماری افزایش می‌یابد (۱۰). در بعضی موارد خود افسردگی به عنوان یک ریسک فاکتور ابتلا به پاره‌ای از حوادث و بیماری‌های جسمی عمل می‌کند که از آن جمله می‌توان از سکته‌های مغزی و قلبی و شکستگی استخوان ران نام برد (۱۲، ۱۱، ۸).

افسردگی در اغلب موارد به عنوان واکنش ثانویه به از دست دادن سلامتی و عوارض روانی اجتماعی ناشی از بیماری جسمی ظاهر می‌شود، ولی گاهی حتی قبل از اطلاع فرد از ابتلا به پاره‌ای از بیماری‌ها، به صورت جزیی از اولین تظاهرات بیماری، خود را نشان می‌دهد و در بررسی‌های بعدی بیماری جسمی کشف می‌شود. این موارد را افسردگی عضوی (ارگانیک) یا افسردگی به علت یک بیماری طبی می‌دانند، که لازم است در فیزیوپاتولوژی بیماری طبی توجیهی از نظر عضوی برای ابتلا به افسردگی مطرح باشد. از مهم‌ترین این بیماری‌ها به عنوان مثال می‌توان از اختلالات غددی (مانند کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، بیماری کوشینگ و هیپرکلسمی)، بیماری‌های دستگاه اعصاب مرکزی (حوادث عروقی مغز، تومورها، پارکینسون، آلزایمر) و بدخیمی‌های مخفی (کارسینوم پانکراس و ریه) نام برد (۵). پاره‌ای از این بیماری‌ها مانند پارکینسون، به هر دو شکل ذکر شده، می‌توانند ایجاد افسردگی نمایند. از بین رفتن نورون‌های حاوی دوپامین و سروتونین در اولین مراحل شروع بیماری می‌تواند منجر به تظاهرات افسردگی به عنوان اولین علایم بیماری حتی قبل از شروع سایر علایم و نشانه‌های تیپیک پارکینسون شود، ولی با ادامه بیماری و بروز اختلالات حرکتی و محدودیت‌های ناشی از آن، نیز فرد ممکن است دچار یک افسردگی ثانویه شود (۱۳).

حدود ۵۰-۲۰ درصد از بیماران در سال اول پس از استروک، دچار افسردگی می‌شوند. زنان، سابقه قبلی افسردگی، بزرگی اندازه ناحیه انفارکت و عوارض ناشی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir

آن به خصوص اختلال تکلم در معرض ابتلا بیشتری به افسردگی پس از حوادث عروقی مغز قرار دارند (۱۴).

وجود همزمان افسردگی و بیماری طبی موجب می‌شود تا بیمار توجه کافی را به مراقبت‌های لازم از نظر پی‌گیری‌های تشخیصی و درمانی نداشته باشد و این خود موجب یک چرخه معیوب بین افسردگی و بیماری جسمی شود. لازم است کلیه بیماران سالمند دچار بیماری‌های جسمی به خصوص بیماری‌های مزمنی مانند استئوآرتریت، بیماری‌های انسدادی ریه و نارسایی قلبی و دیابت از نظر احتمال وجود افسردگی بررسی شوند.

پی‌گیری و درمان

هدف اصلی، بهبودی عملکرد فرد سالمند و افزایش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی تا حذف کامل علایم افسردگی است. اگر چه احتمال دارد باقی ماندن پاره‌ای از علایم، زمان افسردگی را افزایش دهد، ولی پیچیدگی و تداخل عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی در بروز و تداوم افسردگی سالمندان و عدم امکان مداخله پزشک و تیم درمانی در کلیه این موارد موجب می‌گردد که تلاش پزشک محدود به رساندن بیمار به حداکثر توان جسمی و روانی در حد ممکن شود.

با توجه به چند عاملی بودن دلایل افسردگی سالمندان، ارزیابی بیمار از نظر نقش عوامل طبی، روانی و اجتماعی لازم است. ارزیابی دقیق وضعیت جسمی بیمار از طریق بررسی سوابق طبی (به خصوص از نظر بیماری‌هایی که تظاهرات اولیه آن‌ها ممکن است به صورت افسردگی باشد) و نقایصی حتی به خصوص در زمینه حس شنوایی و بینایی و داروهای مصرفی و معاینه فیزیکی و انجام آزمایشات روتین در اولویت قرار دارد. در معاینه روانی بیمار پرسش از سابقه حملات مشابه در گذشته بیمار و یا وجود سایر اختلالات روانی در سابقه قبلی بیمار اهمیت دارد. این مسأله به خصوص در بیمارانی که سابقه قبلی حملات شیدایی (مانیا) را داشته‌اند، بسیار مهم است.

اگر این بیماران که در واقع دچار اختلال دوقطبی هستند، به علت ابتلا به افسردگی فقط با داروهای ضد افسردگی درمان شوند، احتمال شیفت و تغییر فاز بیماری آن‌ها به حالت مانیا و بی‌ثبات شدن خلق بیمار وجود دارد. در صورتی که سابقه حملات قبلی افسردگی و مانیا در گذشته بیمار باشد، در ابتدا باید بیمار با داروهای تثبیت کننده خلق (مانند سدیم والپروات و لیتیوم) کنترل شود و بعد بسته به پاسخ بیمار و یا شدت افسردگی در مورد نفع و ضرر اضافه کردن داروهای ضد افسردگی به تثبت کننده خلق تصمیم گرفت. بروز حملات مانیا برای اولین بار در سنین بالا چندان شایع نیست و در صورت وجود علایم مانیا در یک فرد سالمند (بدون سابقه قبلی این حملات) باید به وجود اختلالات عضوی شک نمود.

در بررسی عوامل اجتماعی، شرایط فعلی زندگی بیمار و میزان حمایت اجتماعی و خانوادگی و میزان استقلال شخصی و اقتصادی بیمار و در مجموع توانایی وی در انجام وظایف فردی و نیازهای روزمره‌اش، از مهم‌ترین نکات می‌باشند.

تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان بیمار نیز بسته به ارزیابی‌های فوق‌الذکر انجام می‌شود، به عنوان مثال بیماری که دچار افسردگی شدید است و تنها زندگی می‌کند و یا به صورت همزمان از چند بیماری طبی مهم رنج می‌برد و یا وضعیت شناختی وی به نحوی است که امکان مصرف صحیح داروها و سایر توصیه‌های درمانی را ندارد، لازم است بستری شود. اگر چه اغلب سالمندان مبتلا به افسردگی را به خصوص اگر از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی لازم برخوردار باشند، می‌توان به صورت سرپایی درمان کرد.

ارزیابی احتمال آسیب رساندن به خود، به خصوص اقدام به خودکشی نیز ضرورت دارد. در موارد افسردگی شدید و یا وجود علایم سیکوز (توهم و هذیان) و اختلال در سنجش واقعیت باید توجه بیشتری به این مسأله نمود.

روش‌های درمانی مختلفی در افسردگی سالمندان کاربرد دارند، که عبارت از دارودرمانی، روان‌درمانی، درمان با الکتروشوک نوردرمانی، موسیقی درمانی، داروهای گیاهی، درمان با تحریک عصب واگ و درمان با تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال می‌باشد. از بین روش‌های مختلف فوق‌الذکر داروهای ضد افسردگی، الکتروشوک تراپی و روان‌درمانی با روش شناختی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir

رفتاری و بین فردی بالاترین شواهد را از نظر اثربخشی درمانی دارند (۱۵).

اثربخشی داروهای ضد افسردگی مختلف در آنالیزهای مختلف ثابت شده است و از این نظر تفاوت قابل توجهی بین انواع آن‌ها نیست. در حال حاضر بهترین داروهای ضد افسردگی موجود در بازار دارویی ایران عبارت از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (آمی تریپ‌تیلین، ایمی‌پیرامین، تریمی‌پرامین، داکسپین، نورتریپ‌تیلن، دزی پیرامین)؛ مهار کننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین (فلوکزتین، سرترالین، سیتالوپرام، فلووکسامین)؛ مهار کننده‌های بازجذب سروتونین و نورآدرنالین (ونلافاکسین)؛ مهار کننده‌های آنزیم مونوآمینواکسیداز (ترانیل سیپرومین، موکلوبماید) و سایر ضد افسردگی‌ها از جمله بوپروپیون، ترازودون می‌باشد.

از بین گروه‌های پیش‌گفته داروهای مهار کننده بازجذب انتخابی سروتونین انتخاب اول در افسردگی سالمندان هستند. داروهای این دسته از نظر تحمل بهتر و عوارض جانبی کمتر نسبت به گروه‌های دیگر ضد افسردگی ارجح هستند. در مقابل داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای به علت عوارض قلبی (به خصوص افت وضعیتی فشار خون)، عوارض آنتی کولینرژیک (خشکی دهان، یبوست، تاری دید و احتباس ادرار و دیلیریوم) کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند و استفاده از آن‌ها محدود به مواردی می‌شوند که فرد به داروهایی کم عارضه‌تر پاسخ نداده باشد (۱۷، ۱۶). لازم است قبل از تجویز ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای ارزیابی دقیقی از نظر وضعیت قلبی عروقی بیمار به عمل آید.

مهم‌ترین عوامل مؤثر در انتخاب داروی ضد افسردگی عبارت از ۱) سابقه پاسخ قبلی خوب به یک داروی ضد افسردگی خاص در گذشته بیمار و یا یکی از بستگان بیولوژیک درجه اول و دوم وی) تطابق عوارض جانبی دارو با وضعیت فیزیکی بیمار و علایم افسردگی و سایر داروهای مصرفی توسط بیمار می‌باشد. به عنوان مثال در همبودی بیماری قلبی با افسردگی باید از ضد افسردگی‌های بدون عارضه قلبی استفاده کرد و یا در بیمار افسرده‌ای که بی‌خوابی و ناآرامی روانی حرکتی علامت برجسته‌ای در افسردگی است، استفاده از داروهایی که ممکن است اثر محرک داشته باشند، منطقی به نظر نمی‌رسد (۱۸).

داروهای مهار کننده اختصاصی بازجذب سروتونین در مجموع داروهای کم عارضه‌ای هستند که حتی در هنگام مسمومیت نیز احتمال کشنده بودن آن‌ها کم است. اما توجه به پاره‌ای از عوارض این داروها در سالمندان اهمیت دارد، هر چند چندان شایع و مسأله‌ساز نیستند. این داروها به علت اثر مهاری‌شان بر متابولیسم پاره‌ای از داروها ممکن است موجب بروز مسمومیت و یا عوارض جانبی با این داروها شوند. از این رو، توجه به این تداخلات لازم است.

عارضه دیگر این داروها ترشح نامناسب هورمون آنتی دیورتیک و ایجاد هیپوناترمی، احتمال خون‌ریزی‌های خفیف گوارشی می‌باشد؛ به خصوص در مصرف همزمان با داروهایی مانند داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و اختلال در عملکرد پلاکت‌ها، به ویژه در بیماران تحت درمان با داروهای ضد انعقاد این عارضه دیده می‌شود. شایع‌ترین عوارض داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین عوارض جنسی، گوارشی (تهوع، استفراغ و اسهال) و سردرد می‌باشد که اغلب گذرا بوده، یا با درمان‌های علامتی رفع می‌شوند.

بعضی بیمارانی که به یکی از داروهای این دسته پاسخ نداده‌اند، ممکن است به داروی دیگری از همین گروه پاسخ دهند. به همین علت استفاده از حداقل دو نوع داروی مهار کننده بازجذب سروتونین قبل از استفاده از سایر گروه‌های ضد افسردگی توصیه می‌شود (۲۰، ۱۹).

در صورت نیاز به استفاده از گروه داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای استفاده از نورتریپ‌تیلین و دزی پیرامین به خاطر حداقل عوارض افت وضعیتی فشار خون (که با احتمال افتادن و شکستگی سر استخوان ران همراه است) و عوارض آنتی کولینرژیک نسبت به سایر داروهای این گروه توصیه می‌شود.

استفاده از مهار کننده‌های آنزیم مونوآمینواکسیداز به ویژه مهار کننده‌های غیر قابل برگشت مانند ترانیل سیپرومین، با وجود اثربخشی خوب به خاطر عوارض جانبی و تداخلات قابل توجه آن‌ها توصیه نمی‌شود. همچنین استفاده از ونلافاکسین نیز ممکن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir

است با افزایش فشار خون همراه باشد. بوپروپیون فاقد عوارض آنتی کولینرژیک قلبی و افت و خیز فشار خون، خواب آلودگی و افزایش وزن است، ولی احتمال بروز تشنج به خصوص در افراد مستعد با این دارو وجود دارد (۱۷).

با توجه به تغییرات فارماکوکنتیک ناشی از سالمندی مانند کاهش قدرت جذب و متابولیزم و کلیرانس کلیوی داروها، فردی ساختن دوز داروی ضد افسردگی و شروع دارو با حداقل تعداد ممکن و افزایش آهسته و تدریجی آن لازم است. اطمینان از آگاهی بیمار از نحوه مصرف دارو و میزان توجه و دقت او در این مورد ضروری است، در غیر این صورت مسؤولیت دادن دارو به بیمار باید به یکی از نزدیکان بیمار محول شود.

سالمندان نسبت به سایر گروه‌های سنی، مدت زمان بیشتری را برای پاسخ به داروی ضد افسردگی نیاز دارند و ادامه یک دارو به مدت ۱۲ هفته (قبل از تغییر دارو) توصیه می‌شود (۳).

در مواردی که افسردگی با بیماری‌های طبی همراه باشد، درمان اختلال زمینه‌ای اصل است، ولی درمان با داروهای ضد افسردگی نیز باید انجام شود. در این جا نیز داروی انتخابی در اغلب موارد مهار کننده‌های بازجذب سروتونین هستند (۲۱).

استفاده از فلوکزتین در بیماران دیابتی ممکن است باعث ایجاد هیپوگلیسمی شود، ولی در مجموع بهتر از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای تحمل می‌شود، اگر چه استفاده از سه حلقه‌ای‌ها در درمان نوروپاتی دیابت توصیه شده است (۲۲).

در بیماران مبتلا به پارکینسون و افسردگی نیز استفاده از مهار کننده‌های بازجذب سروتونین ممکن است با تشدید جزیی علایم اکستراپیرامیدال همراه باشد، ولی در کل در این موارد هم این داروها انتخابی‌اند. استفاده هم زمان از این داروها، در بیماران پارکینسونی که از داروی سلژیلین استفاده می‌کنند، ممنوع است و احتمال ایجاد سندرم سروتونین (تب و لرز، اختلال سطح هوشیاری، اسهال، تعریق شدید و میوکلونوس) را به دنبال دارد (۱۳).

افسردگی با توجه به این که میزان پاسخ به دارونما (پلاسبو) در افسردگی همراه با دمانس بالا است، از این رو در موارد خفیف همراه با دمانس بهترین روش صبر و اقدامات حمایتی به مدت چهار هفته است؛ در صورتی که شدت و مدت علایم افسردگی بیشتر شود، استفاده از داروهایی مانند سیتالوپرام، سرترالین، ونلافاکسین و موکلوبماید که بیشترین شواهد را در این رابطه دارند، توصیه می‌شود (۲۳).

در افسردگی‌ها، به دنبال حوادث عروقی مغز، بیشترین شواهد را سیتالوپرام و فلوکزتین دارند. استفاده از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای به خاطر احتمال بروز دیلیریوم در این بیماران توصیه نمی‌شود (۲۵، ۲۴، ۱۴).

از بین روش‌های درمان غیر دارویی، استفاده از الکتروشوک در موارد مقاوم به درمان با داروها و موارد فوریت‌دار تهدید کننده حیات مانند بیمارانی که احتمال خودکشی در آن‌ها جدی است و یا شرایط جسمی آن‌ها امکان استفاده از داروها را نمی‌دهد، توصیه می‌شود (۲۶).

شناخت درمانی و روان‌درمانی بین فردی نیز مؤثرترین روش‌های روان‌درمانی در افسردگی سالمندان می‌باشد که در پاره‌ایی از مطالعات در موارد خفیف تا متوسط افسردگی به اندازه دارو مؤثر بوده‌اند. استفاده از ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی مؤثر از استفاده از هر یک به تنهایی است (۲۷).

پس از کنترل علایم حاد بیماری، ادامه درمان و به خصوص درمان نگهدارنده در بیمارانی که سابقه حملات مکرر افسردگی دارند، توصیه می‌شود. در مورد مدت زمان ادامه درمان در بین مطالعات گوناگون اختلاف نظر وجود دارد ولی اغلب منابع ادامه درمان را حداقل به مدت یک سال برای اولین حمله بیماری و مدت طولانی‌تر و حتی نامحدود برای بیمارانی که حملات مکرر داشته‌اند، توصیه می‌نمایند (۱۹، ۳).

References

1. Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in the elderly. Montréal: International Association for the Study of Pain; 2005. p. 6-15.
2. Moussaoui D. Depression in the elderly WPA bulletin in depression. A publication of the World Psychiatric Association; 1999. p. 2.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir

3. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58(3): 249-65.
4. Unutzer J. Clinical practice. late-life depression. N Engl J Med 2007; 357(22): 2269-76.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
6. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. Drugs Aging 1995; 6(4): 278-92.
7. Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009; 11(6): 285-91.
8. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. American Psychosomatic Society 2000; 62: 463-71.
9. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(5): 530-8.
10. Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic. Diabetes Care 1999; 22(1): 56-64.
11. Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. cardiovascular health study collaborative research group. Circulation 2000; 102(15): 1773-9.
12. Forsen L, Meyer HE, Sogaard AJ, Naess S, Schei B, Edna TH. Mental distress and risk of hip fracture. do broken hearts lead to broken bones? J Epidemiol Community Health 1999; 53(6): 343-7.
13. Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. Am J Psychiatry 1992; 149(443): 54.
14. Gabaldń L, Fuentes B, Frank-Garcia A, Diez-Tejedor E. Poststroke depression: importance of its detection and treatment. Cerebrovasc Dis 2007; 24(Auppl 1): 181-8.
15. Chiu E, Ames D, Draper B, Sowdon J. Depressive disorder in the elderly. In: Herrman H, Maj M, Sartorius N, editors. Depressive disorders. New York: wiley-blackwell, 1999: 313-63.
16. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lanctot KL, Liu BA, et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. J Affect Disord 1997; 46(3): 191-217.
17. Anderson IM, Ferrier NI, Baldwin CR, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants. J Psychopharmacol 2008; 15.
18. Rojas Fernandez C, Thomas VS, Carver D, Tonks R. Suboptimal use of antidepressants in the elderly. Clinical Therapeutics 1999; 21(11): 1937-50.
19. World Psychiatric Association. World psychiatric association WPA international Committee for prevention and treatment of depression in older persons [Online]. 1999; Available from: http:www.wpanet.org/sectorial/edu 4.
20. Kirby D, Ames D. Hyponatraemia and selective serotonin re-uptake inhibitors in elderly patients. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16(5): 484-93.
21. Cole MG, Elie LM, McCusker J, Bellavance F, Mansour A. Feasibility and effectiveness of treatments for depression in elderly medical inpatients: a systematic review. Int Psychogeriatr 2000; 12(4): 453-61.
22. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PG, Roux D, et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. JAMA 2008; 299(23): 2751-9.
23. Roth M, Mountjoy CQ, Amrein R. Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression: an international double-blind, placebo-controlled trial. Br J Psychiatry 1996; 168(2): 149-57.
24. Wiart L, Petit H, Joseph PA, Mazaux JM, Barat M. Fluoxetine in early poststroke depression: a double-blind placebo-controlled study. Stroke 2000; 31(8): 1829-32.
25. Baldwin RC, O'Brien J. Vascular basis of late-onset depressive disorder. Br J Psychiatry 2002; 180: 157-60.
26. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy. Am J Psychiatry 2006; 163: 1493-501.
27. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. Am J Psychiatry 2006; 163: 1493-501.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir

Geriateric depressive disorder (comorbidity of depression with medical conditions in geriatric patients)

Ahmadzadeh Gh[1]

Abstract

Late life depression is both underdiagnosed and undertreated. The impact of medical conditions may mask depressive symptoms. Untreated depressive disorder in older people impair their quality of life and leads to decreased ability for self care and diminish in social interaction and increase in health care use. This article provides an update and current evidence in relation to old age depression and its diagnosis and treatment especially in co occurring depression and medical disorders.

Keywords: Geriateric depressive disorder**,** depression, geriatric patients, medical conditions.

Type of article: Continuous Medical Education

Received: 17.6.2010 *Accepted: 14.10.2010*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

1. Associate Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.(Corresponding Author)
Email:ahmadzadeh@med.mui.ac.ir

سؤالات مقاله خودآموزی

۱- وجود کدام یک از تابلوهای بالینی در افسردگی سالمندان کمتر محتمل است؟

الف) تابلو تیپیک اختلال افسردگی ماژور

ب) غلبه علایم و شکایت جسمی

ج) علایم کاذب دمانس (سودو دمانس)

د) ظاهر بی‌تفاوت (آپاتی) و عدم شکایت از افسردگی

۲- کلیه موارد زیر در مورد همراهی افسردگی با اختلالات طبی صحیح است، به جز؟

الف) موربیدیتی و مورتالیتی در بیمار زیاد می‌شود.

ب) گاهی قبل از اطلاع بیمار از بیماری طبی‌اش افسردگی به عنوان اولین علامت بیماری ظاهر می‌شود.

ج) افسردگی یک عامل خطر برای ابتلا به پاره‌ای بیماری‌های طبی است.

د) افسردگی همیشه به صورت واکنش به آگاهی از وخامت و عوارض بیماری طبی است.

۳- در بین داروهای ضد افسردگی انتخاب اول در افسردگی سالمندان کدام است؟

الف) ضد افسردگی سه حلقه‌ای

ب) داروهای محرک

ج) مهار کننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین

د) مهار کننده آنزیم مونوآمیواکسیداز

۴- اولین اقدام شما در مورد خانم ۷۰ ساله‌ای که به دنبال فوت همسرش از یک سال قبل دچار افسردگی، گوشه‌گیری و دردهای پراکنده و کاهش وزن و اشتهای پیشرونده شده است، چیست؟

الف) یک دوره درمان با داروهای ضد افسردگی

ب) بررسی بیمار از نظر بیماری‌های طبی

ج) معرفی بیمار جهت روان‌درمانی

د) اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر وجود یک واکنش سوگ طبیعی

۵- در صورت نیاز به تجویز یک ضد افسردگی سه حلقه‌ای در بیماران سالمندی که از یبوست مزمن رنج می‌برند، کدام دارو ارجح است؟

الف) آمی تریپ‌تیلین

ب) داکسپین

ج) ایمی‌پرامین

د) دزی پرامین

۶-وجود کدام علامت برای تشخیص اختلال افسردگی عمده لازم است؟

الف) کاهش علایق

ب) کندی روانی حرکتی

ج) اختلال خواب و اشتها

د) شکایات جسمی شدید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

۷- از بین عوامل مؤثر در انتخاب داروی ضد افسردگی کدام اهمیت بیشتری دارد؟

الف) نوع افسردگی

ب) سابقه پاسخ قبلی خوب در بیمار

ج) قیمت دارو

د) اصرار و ترجیح یک دارو توسط بیمار

۸- در تشخیص افتراقی اختلال شناختی از افسردگی (دمانس کاذب) با دمانس حقیقی کلیه موارد زیر به نفع افسردگی است، به جز؟

الف) شروع حاد و ناگهانی تظاهرات شناختی

ب) سعی بیمار در انکار و نادیده گرفتن علایم شناختی

ج) پیشرفت و تشدید سریع علایم

د) بی‌حوصلگی و عدم همکاری بیمار در حین مصاحبه

۹- اثربخشی (Effectiveness) کدام گروه از ضد افسردگی‌ها بیشتر است؟

الف) مهار کننده‌های آنزیم مونوآمینواکسیداز

ب) سه حلقه‌ای‌ها

ج) مهار کننده‌های باز جذب سروتونین

د) تفاوتی ندارند

۱۰- خانم ۷۰ ساله‌ای که از یک ماه قبل به علت افسردگی تحت درمان با سیتالوپرام قرار گرفته است، از سه روز قبل دچار حواس پرتی و اختلال در جهت یابی و احساس ضعف و بی حالی شده است، اندازه‌گیری کدام الکترولیت در بیمار از اولویت بیشتری برخوردار است؟

الف) سدیم

ب) پتاسیم

ج) کلسیم

د) لیتیوم

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

www.mui.ac.ir

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی خود ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظر خواهی، نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۱ به آدرس: اصفهان- خیابان استانداری- مرکز پزشکی نور- مرکز تحقیقات علوم رفتاری- صندوق پستی ۹۹۳-۸۱۴۶۵ ، تلفن ۲۲۲۲۱۳۵ اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سؤالات مقاله، گواهی‌نامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

عنوان مقاله: تشخیص و درمان افسردگی سالمندان (با تأکید بر همراهی افسردگی و بیماری‌های طبی در سالمندان)

نام نشریه: مجله تحقیقات علوم رفتاری

نام خانوادگی: ..... نام: ..... نام پدر: ..... کد ملی:.....

شماره شناسنامه: ..... صادره از: ..... تاریخ تولد: .....

محل فعالیت: استان: .....شهرستان: .....بخش:..... روستا:.....

نوع فعالیت: ☐ هیأت علمی ☐ آزاد ☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ طرح ☐ سایر

مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک: .....

رشته تحصیلی در مقاطع: لیسانس: ..... فوق لیسانس: ..... دکترا: .....

تخصص: ..... فوق تخصص: .....

آدرس دقیق پستی: ..... کد پستی: .....

شماره تلفن: .....شماره نظام پزشکی: .....

تاریخ تکمیل و ارسال فرم:

امضا و مهر متقاضی

امضاء و مهر مسؤول ثبت نام:

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]

تشخیص و درمان افسردگی سالمندان (با تأکید بر همراهی افسردگی و بیماری‌های طبی در سالمندان

شماره: ۱۲/۷۳/۶۳۳

تاریخ: ۱۳۸۹/۱۰/۲۱

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی– اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

مجوز تخصیص امتیاز آموزش مداوم به شرکت کنندگان در برنامه‌های خودآموزی

سلام علیکم

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۱۲/۷۳/۶۳۳پ مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۱ در مورد تخصیص امتیاز به مقاله ‹**تشخیص و درمان افسردگی سالمندان (با تأکید بر همراهی افسردگی و بیماری‌های طبی در سالمندان)**› به استحضار می‌رساند که اعطای ۱ امتیاز آموزش مداوم به **پزشکان عمومی، متخصصین روان‌پزشکی، داخلی، مغز و اعصاب و پزشکی اجتماعی** به عنوان شرکت در برنامه خودآموزی و اعطای ۳ (سه) امتیاز به طراح/ نویسنده برنامه به عنوان فعالیت آموزشی– پژوهشی مورد تأیید می‌باشد.

این مجوز از زمان صدور به مدت یک سال اعتبار دارد.

کد برنامه: ۵۵۲۲۱۸۹۰۳

کد سازمان برگزار کننده: ۲۲۱

لطفاً با گذاردن علامت (×) در زیر گزینه صحیح به سؤالات پرسش‌نامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:

	الف	ب	ج	د
۱	☐	☐	☐	☐
۲	☐	☐	☐	☐
۳	☐	☐	☐	☐
۴	☐	☐	☐	☐
۵	☐	☐	☐	☐
۶	☐	☐	☐	☐
۷	☐	☐	☐	☐
۸	☐	☐	☐	☐
۹	☐	☐	☐	☐
۱۰	☐	☐	☐	☐

خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (×) در زیر گزینه مربوط اعلام نمایید.

	کاملاً موافقم	تا حدی موافقم	تا حدی مخالفم	کاملاً مخالفم	نظری ندارم
۱. محتوای مقاله بر اساس منابع جدید علمی ارائه شده است.					
۲. محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است .					
۳. محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.					
۴. در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت **شده است.**					

سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.

۱.

۲.

۳.

همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم را یاری فرمایید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.7.9]
www.mui.ac.ir