

# دارودرمانی اختلالات اضطرابی و افسردگی

دو سخنرانی پیوسته؛ رویکرد بالینی و مبتنی بر شواهد

دکتر رضا کاظمی  
روانپزشک

## اهداف آموزشی

پس از دو سخنرانی انتظار می‌رود مخاطب بتواند:

تشخیص و ارزیابی اولیه را بر انتخاب دارو مقدم بداند  
SSRI و SNRI را بر اساس پروفایل بیمار انتخاب کند  
جایگاه و محدودیت‌های بنزودیازپین‌ها را توضیح دهد  
پاسخ ناکافی، switch و augmentation را از هم تفکیک کند  
اهمیت پایش، shared decision-making و tapering را درک کند

# بخش اول | دارودرمانی اختلالات اضطرابی

از تشخیص تا انتخاب دارو

اصل کلیدی: ابتدا تشخیص؛ سپس دارو  
افتراق اختلال اضطرابی از علل جسمانی، دارویی و مصرف مواد  
بررسی همزمانی افسردگی، دوقطبی و خطر خودکشی  
تعیین شدت، اختلال عملکرد و ترجیح بیمار

## چه زمانی دارو؟

تصمیم درمانی در اختلالات اضطرابی

در اضطراب مزمن و clinically significant، SSRI/SNRI از درمان‌های اصلی‌اند  
در GAD، روان‌درمانی و دارودرمانی هر دو جایگاه دارند  
بنزودیازپین درمان روتین طولانی‌مدت GAD نیست  
در بحران یا اضطراب شدید، انتخاب کوتاه‌مدت ممکن است مطرح شود

## SSRI ها | ستون اصلی درمان

Sertraline • Escitalopram • Fluoxetine • Paroxetine

مهار SERT و افزایش انتقال سروتونرژیک  
اثر ضد اضطرابی با تأخیر ظاهر می‌شود؛ اثر فارماکولوژیک فوری نیست  
شروع پایین و افزایش تدریجی در بیمار بسیار مضطرب  
عوارض: تهوع، اختلال خواب، sexual dysfunction، activation  
در سالمندان: توجه به هیپوناترمی/SIADH

# Activation در شروع SSRI

چرا بیمار ممکن است در هفته اول بدتر به نظر برسد؟

افزایش موقت اضطراب، بی‌قراری، jitteriness یا بی‌خوابی ممکن است رخ دهد  
دوز شروع پایین می‌تواند تحمل‌پذیری را بهتر کند  
به بیمار از ابتدا درباره تأخیر اثر و عوارض اولیه توضیح دهید  
قطع زودهنگام دارو را با آموزش و follow-up منظم کاهش دهید

Venlafaxine • Duloxetine • Desvenlafaxine

مهار NET و SERT

در اضطراب و افسردگی کاربرد دارند

Duloxetine در همبودی افسردگی/اضطراب با درد مزمن می‌تواند مزیت داشته باشد

Venlafaxine: پایش فشار خون و توجه به discontinuation symptoms

انتخاب بر اساس بیماری‌های همراه و پروفایل عوارض

## بنزودیازپین ها

اثر سریع؛ اما نه راه حل اصلی درمان مزمن

Diazepam • Lorazepam • Alprazolam • Clonazepam

تقویت GABA-A → اثر سریع ضد اضطرابی

خطرات: sedation، اختلال حافظه/تمرکز، tolerance و dependence

در سالمندان: توجه ویژه به سقوط و اختلال شناختی

اگر تجویز شد: هدف، مدت مصرف و برنامه خروج از ابتدا روشن باشد

# Buspirone، Pregabalin و $\beta$ -blocker ها

جایگاه بالینی، نه جایگزین هم

Buspirone: آگونیست نسبی 5-HT<sub>1A</sub>؛ اثر فوری ندارد  
قابل بررسی است SSRI/SNRI با عدم تحمل GAD: در برخی بیماران Pregabalin  
را ارزیابی کنید dependence، سابقه سوء مصرف و خطر pregabalin در  
است tremor/tachycardia بیشتر برای علائم فیزیکی موقعیتی مانند Propranolol  
نیست panic disorder یا GAD درمان اصلی  $\beta$ -blocker

## عوارضی که باید از ابتدا مطرح شوند

آموزش بیمار بخشی از درمان است

SSRI: تهوع، اختلال خواب، sexual dysfunction، هیپوناترمی در افراد پرخطر  
SNRI: تهوع، activation، افزایش فشار خون و discontinuation  
Benzodiazepine: sedation، اختلال حافظه، وابستگی و withdrawal  
Serotonin syndrome: توجه به ترکیب‌های serotonergic و washout های لازم  
هدف: کاهش عارضه‌ای که باعث قطع خودسرانه دارو می‌شود

# الگوریتم عملی اضطراب

یک چارچوب ساده برای پزشک عمومی

۱. تشخیص و درمان علل جسمانی/دارویی
۲. بررسی افسردگی، bipolarity، substance use و suicide risk
۳. شروع SSRI؛ ارزیابی تحمل و پاسخ
۴. در پاسخ ناکافی: adherence → dose → duration → diagnosis
۵. سپس switch یا گزینه مناسب دیگر؛ benzodiazepine فقط انتخاب شده و کوتاه مدت

## بخش دوم | دارودرمانی افسردگی

انتخاب antidepressant بر اساس بیمار، نه فقط نام دارو

شدت افسردگی، علائم غالب، همبودی‌ها و ترجیح بیمار تعیین‌کننده‌اند  
قبل از antidepressant: bipolarity و suicide risk را فعالانه بررسی کنید  
در افسردگی کمتر شدید، روان‌درمانی اغلب نقش مهمی دارد  
در افسردگی شدید، درمان فعال و پایش نزدیک اهمیت بیشتری پیدا می‌کند

## انتخاب متداول خط اول

مزایا: efficacy مناسب، تجربه بالینی گسترده و مصرف ساده  
عوارض مهم: sexual dysfunction، GI symptoms و activation  
در افراد پرخطر: hyponatremia و bleeding risk را در نظر بگیرید  
پیش از شروع، درباره discontinuation symptoms آموزش دهید  
انتخاب نهایی باید با سابقه پاسخ قبلی و ترجیح بیمار تطبیق یابد

### Symptom-targeted prescribing

افسردگی + خستگی/کاهش انرژی → بررسی گزینه‌هایی مانند bupropion  
افسردگی + بی‌خوابی/کاهش اشتها → mirtazapine می‌تواند مناسب باشد  
افسردگی + درد مزمن → duloxetine گزینه قابل توجهی است  
افسردگی + اضطراب واضح → SSRI یا SNRI اغلب انتخاب منطقی است  
همیشه interactions، بیماری‌های همراه و تحمل‌پذیری را بررسی کنید

## مکانیسم $\neq$ مدل کامل بیماری

از ساده‌سازی «کمبود سروتونین» پرهیز کنیم

bupropion  $\rightarrow$  NE/DA ؛ SNRI  $\rightarrow$  SERT + NET ؛ SSRI  $\rightarrow$  SERT

این توصیف‌ها برای فهم pharmacology مفیدند

اما افسردگی یک اختلال شبکه‌ای و چندعاملی است

اثر بالینی antidepressant به تغییرات downstream و سازگاری عصبی نیز مربوط است

## اگر بیمار بهتر نشد چه کنیم؟

پیش از تغییر دارو، **adequacy of treatment** را بررسی کنید

آیا تشخیص درست است؟

آیا **adherence** مناسب است؟

آیا **dose** کافی و **duration** کافی بوده است؟

آیا **substance use**، **bipolarity** یا بیماری جسمانی مطرح است؟

آیا **anxiety**، **stressor** شدید یا مشکلات روان‌شناختی همزمان پاسخ را پیچیده کرده‌اند؟

## Augmentation یا Partial response | Switch ؟

تصمیم‌گیری پس از پاسخ ناکافی

Partial response → همیشه به معنی شکست کامل درمان نیست

Switch: تغییر antidepressant در صورت عدم پاسخ/عدم تحمل

Augmentation: افزودن درمان تقویت‌کننده در بیمار منتخب

گزینه‌های تخصصی: aripiprazole، quetiapine، lithium و سایر راهکارها

تصمیم باید بر اساس سابقه پاسخ، عوارض، شدت و ترجیح بیمار باشد

# Treatment-Resistant Depression

برچسب TRD را زود استفاده نکنیم

پیش از TRD، adequacy دو یا چند trial مناسب را بررسی کنید

Diagnosis → adherence → dose → duration → comorbidity

سپس: switch / augmentation / combination / psychotherapy

در موارد منتخب: TMS یا ECT و ارجاع تخصصی

افسردگی شدید، psychosis یا خطر بالای خودکشی نیازمند ارزیابی فوری تر است

# روان‌درمانی رقیب دارو نیست

## درمان یکپارچه

CBT و سایر روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد جایگاه مهمی دارند  
در بسیاری از بیماران، ترکیب pharmacotherapy + psychotherapy سودمند است  
تیم درمان باید پیام‌های هماهنگ به بیمار بدهد  
هدف: remission، بازگشت عملکرد و پیشگیری از relapse

## تداوم درمان و tapering

بهبود علامت = پایان خودکار درمان نیست

خطر relapse را بر اساس سابقه و عوامل خطر ارزیابی کنید

پیش از قطع، برنامه مشترک با بیمار تنظیم کنید

قطع ناگهانی antidepressant معمولاً توصیه نمی‌شود

سرعت tapering باید بر اساس دارو، دوز، مدت مصرف و علائم withdrawal فرد تنظیم شود

پس از تغییر یا قطع، follow-up نزدیک‌تر لازم است

۱. افسردگی + SSRI → anxiety + insomnia می‌تواند انتخاب منطقی باشد؛ activation و sexual side effects را مطرح کنید

۲. افسردگی + duloxetine → chronic pain می‌تواند symptom targeting مناسبی داشته باشد

۳. افسردگی + کاهش انرژی + sexual dysfunction با SSRI → در بیمار مناسب، switch به bupropion قابل بررسی است

### Take-home messages

۱. تشخیص را قبل از دارو تثبیت کنید
۲. SSRI/SNRI ستون اصلی درمان بسیاری از اضطراب‌ها و افسردگی‌ها هستند
۳. بنزودیازپین‌ها برای درمان مزمن اضطراب راه‌حل اصلی نیستند
۴. در پاسخ ناکافی، ابتدا adequacy درمان را بررسی کنید؛ سپس switch/augmentation
۵. پایش، تصمیم‌گیری مشترک و روان‌درمانی مبتنی بر شواهد بخش جدایی‌ناپذیر درمان‌اند

CANMAT 2023 Update: Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults

NICE NG222: Depression in adults: treatment and management — reviewed January 2026

NICE CG113: Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults

WHO: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) — evidence-based management of depression and anxiety

VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Major Depressive Disorder