مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره نهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۹، ۲۴۲-۲۴۹

مقایسه اثر درمانی دزیپرامین و ستراتالین در افسردگی بیماران مبتلا به آلزایمر

نگه مخرب، محمود ضرآدی‌پور، علی طلایی


چکیده
زمینه و هدف: یکی از اختلالات رایج همراه با آلزایمر، افسردرگی است. شناخت درمان‌های مناسب‌تر و کم عارضه‌تر، در بیماران حائز اهمیت می‌باشد. این مطالعه به ارزیابی مقایسه‌ای دو داروی دزیپرامین و ستراتالین در درمان افسردرگی در بیماران مبتلا به آلزایمر پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی یکسوسکو، ۶۳ بیمار با تشخیص آلزایمر (به طور تصادفی) ۲۴ نفر در گروه دزیپرامین و ۲۴ نفر در گروه ستراتالین (۳۲ هفته تحت درمان با ۲۵ میلی‌گرم ستراتالین و یا دزیپرامین قرار گرفتند. که در صورت نیاز، به تدریج ۱۵ میلی‌گرم افزایش داده شد. مقياس وایستگی روانی پری، آزمون هاملت‌تون افسردرگی و معاینه مختصر وضعیت روانی در هفته‌های ۲، ۴، ۸، ۱۲ و مقایسه افسردرگی در دماس کردن در هفته ۴ انجام شد و عوارض جانبی داروها نیز بررسی گردید.

یافته‌ها: در گروه ستراتالین تغییرات خلقت در تمام هفته‌ها در مقایسه با ابتدای مطالعه معنی‌دار بود (۰/۰۵). اما در گروه دزیپرامین، تنها بین شروع و هفته ۱۲ تفاوت معنی‌دار وجود داشت (۰/۰۵). به‌همین دلیل دزیپرامین به‌طور معنی‌داری به‌طور کلی بیشتر بود (۰/۰۵). تغییرات معنی‌داری در فعالیت‌های فیزیکی و روان در گروه دزیپرامین معنی‌دار بود (۰/۰۵). اما در گروه ستراتالین تفاوت معنی‌دار بین دو گروه دیده شد. میزان تغییرات شناختی در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت و تفاوت بین دو گروه نیز معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: ستراتالین در کاهش افسردرگی بیماران مبتلا به آلزایمر مؤثرتر از دزیپرامین می‌باشد. هیچگاه از این دو دارو

واژه‌های کلیدی: آلزایمر، دماس، افسردگی، ستراتالین، دزیپرامین

۱- دانشگاه آموزشی روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۲- دانشگاه آموزشی علوم و ادعا کتابخانه علوم پزشکی مشهد
۳- (نوبت‌های مسئول) استادانگری گروه آموزشی روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

talaia@yumms.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۶۲۷۷۷۲۲، ۰۲۱-۴۱۸۶۷۷۳۳، ۰۲۱-۵۰۵۱۰۰۰۰، دفتر: ۰۲۱-۴۱۸۶۷۷۳۳
مقدمه

بیماری آلزایمر یکی از مشکلات شایع در سنین بالا می‌باشد. در این بیماری، جمجمه عملکرد اشتباهی در فرد اتفاق می‌افتد. در اغلب موارد، پیشرفت در این بیماری به یک روند به بیماری مزمن می‌باشد. در این بیماری، شکل‌داده‌ی اهمیتی در عملکرد فرد به‌طور کلی وجود دارد. در همین راستا، بررسی‌های متعددی برای تشخیص و درمان بیماری آلزایمر انجام شده است.

درمان بیماری آلزایمر معمولاً به اجتماعی یا روانی می‌خورد. این روش‌ها شامل ادراک‌های جسمی و روانی، تمرین‌های خانوادگی و برنامه‌های فعالیت‌های روزمره در مسیری است که به‌طور کلی به بهبود عملکرد بیماری آلزایمر می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

بررسی‌های مختلف دربارهٔ بیماری آلزایمر انجام شده است. در این بیماری، افراد مبتلا به یک هدایت عملکردی می‌گذارند. به‌طور عادی، درمان بیماری آلزایمر شامل انجام برنامه‌های تمرینی و تربیتی است. این برنامه‌ها شامل تمرین‌های خانوادگی، تمرین‌های فیزیکی و ورزشی، بهبود مهارت‌های روانی و اجتماعی، تدریس و تربیت‌بخشی است.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.

در مراجعه‌های مختلف، به توجه بیشتری در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد. این آگاهی در مورد تمرین‌ها و تربیت‌بخشی به‌طور کلی می‌گردد.
کلیه بیماران به‌طور ۱/۲ ساعتی و با قرار گرفتن در صورت نیاز به‌طور ۲/۵ ساعتی به‌طور مداوم مطالعه و یادداشت‌گیری انجام می‌پذیرد.

بیماران بر اساس معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۷) و مصاحبه نیمسخنجه پیشنهادی (DSM) در دو مرحله اول و دوم استقلال افرادی از تشخیص داده شده و هبções بین افرادی و علایم "عفیفاً" و "مبتکرگی" موجود در آزمایش توسط روانپزشک تغییر می‌شود.

بیماران مشمول طرح شدن که نیاز به سیستمی نداشتدند و داروهایی که تحت سایر بیماری‌های جسمانی دریافت می‌کردند، نتایج محدودی بار داروی مهارکننده گیرنده بی‌ویژگی، اولویت ۲ داروی ۲ داروی داروهای ضد‌شلف‌خون و سابی داروهای قلبی و داروهای کاهنده ۲/۵ هوری و پیشنهادات دوره‌بندی باعث حذف بیماری از مطالعه می‌شود. سه‌گروه مواد و سابقه اختلالات دوگانه‌ای با روانپزشکی نیز از جمله‌بیماران حذف بیمار بودند.

برای کلیه بیماران از ابتدای مطالعه، آزمون همبستگی افرادی (CSDD) (نمره باران شناختی افرادی) و اسکال (HRDS) Hamilton rating depression scale (نمره باران شناختی افرادی) استفاده می‌شود. همبستگی مختص و وضعیت روانی (نمره باران شناختی و وضعیت) و معیارهای مستاند (MMSE) examination (نمره باران شناختی و وضعیت) پژوهشوله و فعالیت‌های روزمره مبتنی پیش‌بینی (PDRS) dependency rating scale (نمره پایین تر) و نیز پیش‌بینی بیماران بیشتر بیمار است و به عمل آمد. بیماران بدون اطلاع از نوع دارو تحت درمان با ۲۵ میلی گرم
در انتهاي مطالعه انجام (Intension to treat) بر درمان (پذيرفت و تغییرات با اساس ازومون‌هاي ابتدايی مطالعه و مقاطع مورد بررسی با ازومون تحلیل گام‌ها با تکرار اندازه‌گیری‌ها انجام شد. کلیه تحلیل‌های آماری بر اساس تحلیل متغیر متعدد.

نتیجه‌گیری‌ها: این مطالعه نشان داد که در انتهاي بررسی مقایسه سرتراکم و دزپرامین در درمان اختلال افسردگی اساسي همراه با آتزایمر مقایسه‌های بین‌رواني و انسانی افسردگی و معاينه مختصر وضعیت رواني در هر دو گروه در جدول 1 و وضعیت سکوت و شاخص‌های بالینی آنها شاخص نمرات (دمارک‌تگن‌دار) و همراه با همسر (عدم‌درصد) برای بیماران شایع رواني در محیط ژنیک به مورد بررسی (دنده کل) میانگین ± انحراف معيار (دمارک‌تگن‌دار)

جدول 1- مقایسه‌ها شاخص‌های جمعیت‌شناسی و بالینی بیماران در گروه‌های سرتراکم و دزپرامین در درمان اختلال افسردگی اساسی همراه با آتزایمر بر اساس تحلیل متغیر متعدد

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>شاخص</th>
<th>پروپوزال‌های دزپرامین (24 نفر)</th>
<th>پروپوزال‌های سرتراکم (29 نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.04</td>
<td>سن (سال)</td>
<td>7/1/7/0±5/5</td>
<td>8/3/0±2/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.01</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>1/7/2/0</td>
<td>1/1/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.15</td>
<td>همراه با ترس‌ها</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.14</td>
<td>همراه با فرن‌نشان</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.11</td>
<td>مراکز نگهداری</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.02</td>
<td>همراه با همسر</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.02</td>
<td>معاينه مختصر وضعیت رواني (دمارک کل)</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.02</td>
<td>مقایسه‌ها افسردگی (دمارک کل)</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>0.01</td>
<td>مقایسه‌ها وضعیت رواني بپر</td>
<td>6/0/0/0</td>
<td>6/0/0/0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

دوره 9، شماره 9، سال 1389

ملجع دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
در جدول ۲، نتایج ایجاد شده در خلق و فعالیت‌های روزمره و همین‌طور وضعیت شناختی بیماران در دو گروه جدول ۲- نتایج نشان‌دهنده در هفته‌های ۲, ۴, ۶ و ۸ در ۳۲ بیمار متلاعبة افسردگی اساسی و آزایچر در دو گروه تحت درمان با سرتارلین و رامپیرامین

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>سمت‌های مثبت</th>
<th>سمت‌های منفی</th>
<th>P **</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CSDD</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>HRDS</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>PDRS</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>MMSE</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
<td>۰/۹ ۲/۱ ۴/۳ ۵/۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تفاوت معنی‌داری با شرایط قبلی بیشتر از دیدگاه بر اساس آزمون لی دانچیویی (۲۲ = df برای گروه سرتارلین و ۰۲ = برای گروه دریبرامین)***

** Repeated measurements ANOVA with baseline score as covariant

در گروه تحت درمان با سرتارلین، نتایج خلقی ایجاد شده در تمام هفته‌ها در مقایسه با ابتدا مطالعه با همان دو آزمون CSDD و HRDS معنی‌دار بود. حال آنکه در گروه تحت درمان با دریبرامین این تفاوت نبود. در نتایج PDRS و MMSE نیز تفاوت بین دو گروه نیز معنی‌دار نبود.

در گروه تحت درمان با سرتارلین عارضه بارزی که منجر به قطع درمان یا توجه طبی شود، دیده نشد. در گروه دریبرامین خشکی دهان و پوست، عوارض شایعی بودند که به ترتیب ۲ و ۴ نفر از آن‌ها شاکی بودند ولی منجر به قطع درمان نشد.
بحث

در این آزمایه بایدنی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و بیماری آلزایمر از نظر پاسخ به درمان‌های دارویی با سرترالین و دی‌پریامین مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. نتایج حاصله نشان داد که سرترالین در کاهش افسردگی این بیماران مؤثرتر از دی‌پریامین می‌باشد. هر یک از این دو دارو علی رغم اثرات ضداضطرابی، به علی‌مقدار شناختی بیماران تأثیری نداشته است.

سرترالین بر خلق بیماران مبتلا به آلزایمر در مطالعات دیگری نیز به این شکل نشان شده است.(29-32) حجم نمونه در این مطالعات کمتر از حجم نمونه مطالعه حاضر بوده است. علاوه بر این، در این مطالعات مقایسه با داروندا و هم‌چنین داروهای موارد‌کننده مونوآمینوکسیداز سرترالین بود. از طرفی، تحقیقات دیگر انجام شده است که اثرات درمان با پارازیرال درمان بیماران مبتلا به آلزایمر زیر سوال بردهاند (34) و لذا با نتایج مطالعات حاضر به درجات متفاوتی این مطالعات عموماً از نظر ساختار با مطالعه حاضر تفاوت داشته است. به عنوان مثال تفاوت‌های سطح افسردگی در گروه‌های دارویی و داروندا از همان ابتدا مطالعه متمایز بود. و همچنین مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و هم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در این مطالعات شناختی و کم‌شاهد در برخی دیگر، سطح افسردگی شناختی در دو گروه متفاوت بود.

درمان با دی‌پریامین و سرترالین هر دو با بهبود عملکرد کلی روزمره فرصت همراه بودند. و هنگام این تغییرات نظر آماری در حذف چشمگیری نبود. این نتایج با توجه به اهمیت بهبود خفیف از نظر بایدنی همین بیشتر اندک را نیز مورد توجه قرار داد (ب) در نظر گرفتن این که داروی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره 9/شماره 2/سال 1389
میتال به دماس در دسترس نبوده و بافتین بیمارانی که متعارضات دفعی و شمولیتی به کامل کننده با مشکلات و محدودیتهای زیادی همراه بود، جسم نمونه در حد تحلیل مشخص و قابل تعمیم عوارض جانبی نمی‌باشد.

عدم حضور گروه تحت درمان یک دارومنده، که به دلیل معدونیات داخلی صورت گرفت، بکی دیگر از محدودیتهای مطالعه حاضر است. مطالعه حاضر مشکلات رفتاری بیماران و اثرات درمانی را بر این علاوه مورد بررسی قرار داده است و حال آن که این علاوه نیز می‌تواند خود به تنهایی ارزش تحلیل داشته و بر عملکرد فرد تنها بر نقش داشته باشد.

در این مطالعه، نهایی بیماران مراقبه‌کننده به درمان‌گاه‌های دانشگاهی بیمارستان‌های ایران و قائم (عج مورد بررسی قرار گرفتند. شایان ذکر است که در صورت وجود مرکز نیب و بی‌گیری آزمون، دسترسی به بیماران با سطوح اجتماعی مشابه و حمایت‌های خانوادگی و پرستاری مختلف میسر می‌شد. این نشان ملاحظه شد تعداد محدودی از این بیماران تحت پرستاری افراد پیگاه (ب جز خانواده) و مرکز نگهداری بودند.

پیشک اثر حمایت‌های عاطفی، در نتیجه به‌دست آمده مؤثر بوده است و تحلیل این عامل نیز به مطالعات وسیع‌تری دارد.

با وجود محدودیت‌های فوق و سوالات یک‌پایی زبانی که در دماس‌افسردگی بیماران آزمایش وجود دارد مطالعه حاضر از آنجا که جمله‌های مطالعات انجام شده از این دست در اکثر می‌باشد، شاید در دماس بیماران مبتلا به دماس و افسردگی کلمه به جلو باشد. مطالعات آنی در مورد طول مدت درمان و اثر عوامل روشن‌ساختی

دزیبرامین پس از گذشته چند هفته به‌هوشی در حد تماز آماری معنی‌دار در این توانایی ایجاد نمود. پایه‌ای اخیر هم راستا با تناهی مطالعات دیگری است که بیشتر معتقدند درمان‌های ضدافسرده‌گی باعث به‌هوشی سایر علائم الایام از جمله عملکرد روشن‌روم و رفتار فرد می‌شوند [44-46].

در این مطالعه سرترالین در مقایسه با دزیبرامین به‌هوش خلقی بارزتری ایجاد کرد و عوارض جانبی ایجاد شده نیز در گروه تحت درمان با سرترالین کمتر از دزیبرامین بود.

مطالعات دیگری در دست است که نشان داده‌اند داروهای مهارکننده اختصاصی با جذابیت سروتونین در مقایسه با داروهای ضدافسرده‌گی، اثر بهتر و عوارض کمتری در درمان افسردگی بیماران مبتلا به دماس دارند [37] و حتی برخی مطالعات به برتری سرترالین بر آمی‌تیپریلین و کلورپریامین اشاره کرده‌اند [45]. از آنجا که در بین داروهای ضدافسرده‌گی جدید‌ترین، داروهای کمترین عوارض جانبی ضدونکننده را دارند، مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نه تنها داروهای با اثرات مهارکننده سبیست کلورپریامین که عوارض بالایی را می‌توانند باعث شود، بلکه حتی داروی دزیبرامین نیز که عوارض محدود‌تری دارد در مقایسه با سرترالین از اولویت پایینتر برخوردار این نتایج تشکید بی‌قراری و رفتاری در اثر مصرف داروهای مهارکننده با جذابیت سروتونین وجود دارد [46] شاید با نتایج حاصل از این مطالعه که نشان داد که بیماران به دلیل عوارض غیرقابل تحمل داروپیک‌ها از گروه سرترالین خارج‌شده تعداد گردد.

با وجود این، پیروزخوilation محدودیتهایی هیچ‌یک می‌باشد. از آنجا که مركز واحدی برای مراقبه بیماران

نوشته مخبر و همکاران

دوزه 9، شماره 2، سال 1389

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
در درمان افسردهگی بیماران مبتلا به آزمایش می‌تواند باعث بهبود بیشتری از سوالات بالینی‌گران در این زمینه باشد.

نتیجه‌گیری
سرترالین در کاهش افسردهگی این بیماران مؤثرتر از دزیرامین می‌باشد. هیچ‌کدام از آن‌ها برغم اثرات ضافردرگی، بر علما کردن نشان‌آوری بیماران تأثیری نداشته‌اند.

References


[5] Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: factor structure invariance of the dutch nursing home version of the neuropsychiatric inventory in different


Cognitive outcome following tricyclic and 
electroconvulsive treatment of major depression 
1336-40.

of depressed Alzheimer's patients: impact on 

[26] Nair NP, Amin M, Schwartz G, Dastoor D, 
Thavundayil JX, Mirmiran J, et al. A 
comparison of the cardiac safety and therapeutic 
efficacy of trimipramine versus doxepin in 
geriatric depressed patients. *J Am Geriatr Soc* 

Gallelli L, De Fazio S, et al. Anticholinergic 
drug-induced delirium in an elderly Alzheimer's 
dementia patient. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 

[28] Lazarus LW, Davis JM, Dysken MW. 
Geriatric depression: a guide to successful 

[29] Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, 
Miles Q, Steele CD, Munro C, et al. Treating 
depression in Alzheimer disease: efficacy and 
safety of sertraline therapy, and the benefits of 
depression reduction: the DIADS. *Arch Gen 
Psychiatry* 2003; 60(7): 737-46.

[30] Lebert F. [Serotonin reuptake inhibitors in 
depression of Alzheimer's disease and other 

[31] Dording CM, Mischoulon D, Petersen TJ, 
The pharmacologic management of SSRI-
induced side effects: a survey of psychiatrists. 

[32] Clarfield AM. Review: Sedative hypnotics 
increase adverse effects more than they improve 
sleep quality in older persons with insomnia. 

[33] Peri K. Review: sedative hypnotics may 
 improve sleep quality but increase adverse 
effects in elderly people with insomnia. *Evid 
Based Nurs* 2006; 9(3): 87.


[42] Doraismwamy PM, Krishnan KR, Oxman T, Jenkyn LR, Coffey DJ, Burt T, et al. Does antidepressant therapy improve cognition in...


Comparison of Desipramine and Sertraline in the Treatment of Depression in Patients Suffering from Alzheimer Disease

N. Mokhber¹, M.R. Azarpazhooh², A. Talaee³

Received: 22/09/07  Sent for Revision: 24/05/08  Received Revised Manuscript: 5/12/09  Accepted: 25/08/10

Background and Objectives: As depression is a common comorbid disorder with Alzheimer disease, it is important to recognize treatments with more effective and less adverse effects. This study has been devised to comparatively evaluate the effects of desipramine and sertraline in this patients.

Materials and Methods: In this single blind clinical trial study, during January 2005 to April 2008, 63 outpatients in Ibn-e-Sina and Ghaem University hospitals in Mashhad city (north eastern part of Iran) were randomly allocated to two groups: 29 cases were treated by desipramine and 34 patients were treated with sertraline (both 25mg/day and if needed up to 150 mg/day). Patients were assessed at 2, 4, 8 and 12th week by PDRS, HRDS and MMSE and side effects of medications.

Results: Changes in mood with HRDS and CSDD have shown that sertraline was effective in all weeks (p<0.05). In contrast, desipramine had no therapeutic effect except in the 12th week according to HRDS scale (p<0.05). Differences between the groups were significant (p=0.02). Differences between daily activating scales regarding PDRS in 8th and 12th week in desipramine group were statistically meaningful (p<0.05), but not in the sertraline group and between the two groups. Also, cognitive changes by MMSE were not significant in the two groups and between the two groups.

Conclusion: Sertraline is more effective than desipramine in the treatment of depression in patients who suffer from alzheimer disease, but they are ineffective on cognitive problems.

Key words: Alzheimer, Dementia, Depression, Sertraline, Desipramine

Funding: This research was funded by Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center of Mashhad University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None Declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Mashhad University of Medical Sciences approved the study.

¹- Associate Prof., Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
²- Associate Prof., Dept. of Neurology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
³- Assistant Prof., Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author, Tel: (0511) 7112722, Fax: (0511) 7112723, E-mail: talaeia@mums.ac.ir