

درمان افسردگی

دکتر لقمان دانشمند

درمان افسردگی

خلاصه

انواع خفیف بیماری ممکن است سالها بدون تشخیص و درمان بمانند و سبب ناتوانی (INCAPACITY) بیمار گردند و در موارد شدید باعث خودکشی میشوند.

وقتی که تشخیص افسردگی داده شد و یا به آن مشکوک شدیم، پزشک تنها کسی است که در این موارد قادر به درک مشکلات بیمار و درمان اوست. گاهی اتفاق افتاده که دوستان اقوام و یا کارفرمایان تنها تشخیص افسردگی می‌دهند و سخت‌گیرانه ناراحت نشود. زیاد برای خودت دوسری کن و امثال آن، این باعث میشود که احساس گناه بیمار بیشتر شده و از اقوام و دوستان کناره‌گیری نماید و از زندگی بدنی سرد.

"درمان افسردگی فیزیولوژیک"

الف - درمان نوع منفرد SOLITARY

در درمان دو موضوع را باید در نظر گرفت.

- ۱ - کم کردن و یا از بین بردن عاملی که ایجاد بیماری کرده
- ۲ - تصحیح اختلالات سیستم عصبی که بوجود آمده و خود سبب برتری می‌گردند.

در حسی مورد بحث بود بیماری در مرحله فعال نیست و در نتیجه بیشتر توجه در برطرف کردن صحیح معطوف نمود. مثلاً

در این مقاله سعی شده است که درمان برحسب نوع افسردگی ذکر شود. مثلاً در افسردگی‌های نوع منفرد باید دو موضوع را در نظر گرفت یکی کم کردن و یا از بین بردن عاملی که ایجاد بیماری کرده و دوم تصحیح اختلالات سیستم عصبی که بوجود آمده و خود سبب پریشانی بیمار شده است در انواع خفیف نوع آتی پیک در جوانها داروهای مهارکننده منوآمین اکسیداز داروهای انتخابی هستند ولی در موارد تی پیک داروهای ضد افسردگی از نوع تریسیکلک مفیدند.

در ضمن موارد استعمال الکتروشوک در افسردگی در این مقاله توضیح داده شده است.

در ضمن برای از بین بردن علت هرچه زودتر باید استرس را کم نمود.

و در ضمن باید دانست که هرچه بیمار جوانتر و از نظر شخصیتی نارس تر باشد بیشتر به دارو حساس است و بعضی از بیماران خیلی کمتر از مقادیر داروی پیشنهاد شده احتیاج دارند و آنرا کمتر تحمل میکنند و اثرات بالینی دارو را باید برای بیمار توجیه نمود بطوریکه در یک بیمار مضطرب و هیپو کندریاک ایجاد و حنت کند.

گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران

چنانچه عامل تسریع کننده روحی است و بیمار در مقابل استرسهای آینده آسیب پذیر باشد و قتیکه حمله بیماری فروکش نمود باید بیمار را اسپیکوتراپی حمایتی و کاوشی (Exploratory) کرد.

— درمان جهت بدست آوردن عمل طبیعی مغز —

در انواع خفیف نوع آتیپیک در جوانها مهار کننده های منو آمین اکسیداز داروی انتخابی است. ایزو کریکسازید (ISOCARBOXAZID) (مارپلان) ملایمترین

داروی این دسته و (PARNATE) Tranyletyromine قوی ترین آن است.

اولی داروی مفید در موارد افسردگی همراه با اضطراب و TENSION است و دومی چون اثر محرک سمپاتومیمتیک دارد و در روی خواب آلودگی و نداشتن انگیزه موثر است.

در موارد تیپیک، داروهای ضد افسردگی از نوع تری سیکلیک مفیدند.

TR Impiramine (Surmontil)

بیشتر اثر آرام بخش دارد و در درمان انواع هیجانی Agitated موثر است.

از انواع محرکتر Imipramine و Nortriptyline در موارد (RETARDED) موثرند. در خیلی موارد علائم تیپیک و آتیپیک با هم وجود دارند و در این بیماران دادن مخلوط مهارکننده منو آمین اکسیداز (در روز) و تری سیکلیک (در شب) مفیدند.

در موارد (Agitation) با یاد آرام بخش داد تا بیمار آسوده تر بشود و خطر خودکشی کم گردد و اگر بیمار هذیان Delusion دارد یک آرام بخش قوی مثل کلر پرومازین لازم است. اما در بیماران جوان که افسردگی توام با اضطراب است آرام بخش ضعیف مثل (DIAZEPAM) و Chlordiaze Poxide اغلب کافی است.

اگر امکان داشت در بیماران سرپائی درمان را باید با مقدار کم دارو شروع کرد و آنرا بتدریج در ظرف دو هفته افزایش داد، چون دادن دارو بمقدار زیاد سبب اثرات جانبی شدید شده و ناراحتی بیمار را افزایش میدهد.

هرچه بیمار جوانتر و از نظر شخصیتی نارس تر (Immature) باشد، بیشتر به دارو حساس است و بعضی از بیماران خیلی

یک عفونت ویرس که بعد سردگی فیزیولوژیک کرد بعداً در موافق که بعد بر حده میکند. عفونت از بین رفته است و نصاب هورمونها را تنظیم میکند. در نعل علت عدم توانائی در کار کردن کمک کند تا بیمار میباید.

در موارد میگزدم درمان نشده— استفاده از کورتیکواستروئید— فرصتهای جلوگیری و خستگی روحی بعلت کار زیاد چنانچه درمان را فقط برای تصحیح اختلالات سیستم عصبی متمرکز کنیم از بهبود کامل بیمار جلوگیری خواهد شد.

گرچه از نقطه نظر افراد افراطی اول باید علت را برطرف نمود و بعد دارو داد ولی معمولاً لازم میشود که در اولین فرصت ابتدا داروی موثر داده شود و بعد اثرات استرسهای سببی را از بین برد. دلایل آن بشرح زیر است.

۱— چون افسردگی شدید کشنده است و حتی انواع خفیف هم سبب اختلال زندگی بیمار و اطرافیانش میشود باید مدت این رنج کشیدن را کم نمود.

۲— گاهی تشخیص استرس سببی ممکن نیست و در بعضی موارد عامل ژنتیک است. اغلب چند استرس با هم مسبب بیماریند و نمیتوان بین آنها عامل مهمتر را انتخاب نمود.

۳— گاهی علت را میتوان پیدا کرد، ولی نمیتوان آنرا از بین برد— مثلاً در مورد کورتیکواستروئیدها که بمنظور نجات زندگی (LIFE SAVING) داده میشود و یا در مورد ور— شکستگی. در این موارد هدف اینست که بیمار قدرت تطبیق با زندگی (RESTRICTIVE) را بوسیله داروهای موثر بدست آورد تا بتواند با مشکلات خود روبرو شود.

مدهای درمانی دارویی در افسردگیهای فیزیولوژیک بسرعت اثر میکنند ولی نباید فقط به آن اکتفا نمود بلکه باید نا— راحتیهای بیمار را از هر جهت بررسی کرد و مکانیسم اثر درمان و ارتباطی که نوع درمان با بیماری شخص افسرده دارد برایش تشریح نمود.

بیماری که از افسردگی شدید فیزیولوژیک رنج میبرد و اشتباه تصور میکند که ناراحتی روحی— خستگی— بیوست و دردهای شکمی او بعلت سرطان روده است، بعید بنظر میرسد که بگفته پزشک که میگوید در عرض یکماه خوب میشود اعتماد کند. اگر بیمار بتواند نسبت به پزشک اعتماد کند و با او همکاری نماید به بهبود خود کمک کرده است.

بیمار اینست که بیمار دوباره مثل سابقش شده است و ناراحتیها دیگر عود نکرده است. بهمین دلیل باید بیمار را افلا تا ۶ هفته بعد از اتمام E.C.T. گاهگاهی دید.

از بین بردن علت

هرچه زودتر باید استرس را کم نمود. در مواردیکه بیماری بعلت داروهای افسردگی تسریع شده، مثلا در بالا بودن فشار خون (دادن میتل دوپا) و یا در آرتریتهای (دادن کورتیزون) و یا در مواردی مثل میکروم، کمبود Vit B 12 درمان صحیحی را باید شروع نمود.

استرسهای محیطی و مسئولیتها را تا حد امکان باید کم نمود. در موارد غصهها و عصبانیتها گذشته که تخلیه نشده اند بهتر است تا بهبودی حالت روحی بیمار راجع به آن ناراحتیها صحبتی نکرد، چون سبب افزایش ناراحتی بیمار میشود.

برعکس نمودن اثرات بیماری

نباید کم شدن علائم افسردگی فیزیولوژیک را دلیل بردمان بیمار دانست. در دوره بیماری که ممکن است یکسال یا بیشتر طول کشیده باشد نه تنها بیمار بلکه شرایط زندگی هم ممکن است تغییر کند، مثلا گرچه از نظر کلینیکی بیمار بهبود یافته ولی ممکن است دچار سوء تغذیه شده باشد و یا از کار بیکار شده باشد که اثرات این بیکاری را در روی خانواده او می بینیم. رفتار افراد خانواده و بچه هانست به او تغییر میکند. رابطه اش با دوستان از بین رفته. فعالیت اجتماعی کم شده. فعالیتها و تفریحات ساعات فراغتش محدود شده یا از بین رفته است. تغییرات وزن را باید تصحیح نمود، چون بیماری که خیلی لاغر شده براحتهی در معرض یک حمله دیگر افسردگی واقع میشود. در مورد اثرات بیماری روی خانواده و تغییر رفتار افراد خانواده نسبت به بیمار باید با افراد بزرگ فامیل در مورد اهمیت بیماری و ارزش پشتیبانی از بیمار صحبت نمود.

بتدریج که بیمار بهبود مییابد، کارش را از سر میگیرد و فعالیت اجتماعی و تفریحات زمان فراغتش را از سر میگیرد. اثرات خوب این فعالیتها زندگی را برای بیمار با ارزش میکند و در اینجادرمان را نباید قطع کرد، تا مطمئن شویم که بیمار قادر است از زندگی لذت ببرد و در فعالیتها شرکت کند.

ب - درمان نوع رجعتی

درمان این نوع افسردگی خیلی مشکل است چون بیمار مشکل

کمتر از مقدار داروی پیشنهاد شده، احتیاج دارند و آنرا کمتر تحمل میکنند. اثرات جانبی دارو را باید برای بیمار توجیه نمود، بطوریکه در یک بیمار مضطرب و هیپوکندریاک ایجاد وحشت نکند. در مواردیکه مهارکننده منوآکسیداز M.A.O.I مصرف میشود، بیماران محدودیت غذایی و دارویی لازم را باید مراعات کنند.

در موارد شدید نوع تیپیک افسردگی فیزیولوژیک الکتروشوک E.C.T. موثرترین و سریع ترین نوع درمان است. موارد استعمال آن در افسردگی عبارتند از:

- ۱- در مواردیکه خطر خودکشی یا بچه کشی وجود دارد و در مواردیکه خطر بدتر شدن حال عمدی وجود دارد، مثلا "در شخصی که سوء تغذیه دارد و حاضر بخوردن غذا هم نیست.
 - ۲- در صورتیکه داروهای ضد افسردگی موثر نبوده اند.
 - ۳- شدت بیماری مثلا در موارد هذیان (DELUSION) با این درمان سرعت خوب میشود و بیمار را از بستری شدن در بیمارستان که اثر بد روی کار و خانواده اش دارد، باز میدارد. معمولا این درمان ۳-۲ بار در هفته داده میشود و اگر فواصل کم باشد اختلال حافظه بیشتر دیده میشود.
- با دو جلسه بیمار بهتر میشود ولی تا قبل از جلسه چهارم یا بیشتر بیمار احساس راحتی و تسکین نمیکند. معمولا ۸ جلسه E.C.T. کافی است تا حالت روحی بیمار به وضع طبیعی برگردد، ولی تعداد جلسات لازم بین ۱۰-۶ جلسه است. بهتر است قبل از هر جلسه E.C.T. بیمار توسط روانپزشک دیده شود تا بهبودی او و اثرات جانبی درمان ارزیابی گردد و بالاتر از همه به بیمار اطمینان داده شود که پیشرفت او خوب است و نتیجه درخشان خواهد بود.

این توجه بخصوص در بیمارانی که RETARDATION شدید روحی داشته اند، لازم و مهم است.

در بعضی موارد (RETARDATION) زودتر از هذیان گناه از بین میروند و بیمار با مطرح کردن گاههای خیالی خود بی قرار و ناامید میگردد و در این موقع است که بیمار در حال بهبودی نقشه خودکشی میکشد، در صورتیکه (Retardation) نمیگذشت که بیمار روی این نقشه فکر کند.

در اوخردرمان با E.C.T. در صورت پیشرفت و بهبودی باید فواصل درمان را به یک هفته رساند. بهترین دلیل بهبودی

دارو را از روی آن تنظیم میکنند. مقدار دارو در سرم باید بین $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{6}$ meq/lit باشد. مقدار کم دارو موثر نیست و مقدار زیاد سبب ایجاد علائم سمی مثل تهوع - استفراغ - سرگیجه - کری - لرزش - سردرد - درد گردن - پارسستی - بشورات جلدی و T Innitus میگردد. بیمار را باید از این علائم مطلع نمود و بمجرد ظاهر شدن این علائم باید فوراً دارو را قطع کرد و به بیمار مایعات و نمک خوراکی فراوان داد. در بیماریهای قلبی و کلیوی دارو را نباید مصرف نمود و در زمان حاملگی چون هنوز اثر دارو بر روی جنین معلوم نیست نباید مصرف نمود.

بالیتیوم میتواند داروهای ضد افسردگی و آرام بخش مصرف نمود و معمولاً اثر کمی هم دارند چون چند ماهی طول میکشد تا اثرات خوب لیتیوم ظاهر شود. اغلب لازم میشود که این داروها و E.C.T. را همراه با لیتیوم بکار برد، تا حملات بیماری کمتر و خفیف تر گردند.

است چون بیمار وقتیکه در مرحله افسردگی است، با وجود اطمینانی که پزشک راجع به بهبود او میدهد، او تصور میکند که هرگز خوب نخواهد شد و تمام زندگیش را بدین وضع خواهد گذراند. به بیمار باید مدام اطمینان داد و علاوه بر آن مثل نوع منفرد (Solitary) باید درمان فیزیکی هم نمود و در تمام مدت درمان آنرا ادامه داد. بیمار وقتیکه بهتر شد ممکن است اصرار به کم کردن مقدار دارو نماید ولی پزشک باید مقاومت کند چون زود کم کردن دارو سبب برگشت علائم میگردد، ولی استثناء اگر علائم (Elation) ظاهر شد باید دارو را کم نمود. کربنات لیتیوم که در درمان مانی Mania بکار میرود، از شدت و عود حملات افسردگی جلوگیری میکند. کربنات لیتیوم بصورت خوراکی داده میشود و مقدار روزانه آن تا ۲-۱ گرم افزایش مییابد، ولی باید از مقدار کم دارو شروع نمود، بعد از یک هفته مقدار لیتیوم را در سرم خون اندازه میگیرند و مقدار

References:

- 1- Beck, A.T. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. London: Staples Press. (1969).
- 2- Cassidy, W.L. Flanagan, N.B., Spellman, M. & Cohen, M.E. Clinical observations in manic-depressive disease. Journal of American Medical Association, 164, 1535-1546 (1957).
- 3- Coppen, A. Mineral metabolism in affective disorders. British Journal of Psychiatry, 111, 113. (1965).
- 4- Coppen, A. The biochemistry of affective disorders. British Journal of Psychiatry 113, 1237-64 (1967).
- 5- Coppen, A. & Walk, A. Recent developments in affective disorders. British Journal of Psychiatry, Special Publication No. 2. (1968).
- 6- Hill, D. The pathogenesis of depression. In Symposium on Advanced Medicine. London: Royal College of Physicians. (1960).
- 7- Hordern, A. Depressive States: A Pharmacotherapeutic Study Springfield, III: Thomas. (1965).

- 8- Parkers, M.C. Bereavement and mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 38. 1-2 and 13-26. (1965).
- 9- Pollitt, J. *Depression and Its Treatment*. London: Heinemann Medical Books. (1965).
- 10- Sainsbury, P. *Suicide in London*. Maudsley Monograph, No. 1.(1955).
- 11- Shaw, D.M. Mineral metabolism, mania and melancholia. *British Medical Journal* ii, 262. (1966).
- 12- Stengel, E. & Cook, N.G. *Attempted Suicide. Its Social Significance and Effects*. Maudsley Monograph No. 4 London: Oxford University Press. (1958).
- 13- Watts, C.A.H. *Depressive Disorders in the Community*. Bristol: Wright. (1966).