

داروها و درمان‌های نوین روان‌پزشکی

نگارش

دکتر غلامرضا بهرامی

دانشیار کرسی بیماریهای روانی

مقدمه - درمان بیماریهای روحی هم مانند علم روان‌پزشکی تحولات و ترقیاتی داشته است مثلاً در قرن وسطی که مردم بشیاطین و سایر خرافات اعتقاد داشتند دخالت این گونه عوامل را علت جنون می‌دانستند و معالجه بیماران روحی بیشتر از راه نماز و دعا و حتی گاهی بوسیله شکنجه و زجر و آزار مریض صورت می‌گرفت حتی از قرن هیجدهم با وجود زحمات و کشفیات دانشمندان مانند سیدنهام (۱) - مرگانی (۲) و غیره معالجات امراض روحی بیشتر جنبه بهداشتی داشته (استحمام - گرفتن خون - مسهل و غیره) و در موارد کسالت عمیق و شدید حداکثر دواهای مسکن تجویز می‌گردید و در صورتیکه مریضها با این درمانها خوب نمیشدند آنها را بعنوان بیماران علاج ناپذیر در بیخولهائی که بیشتر بزدان شباهاست یک عمر محافظت می‌کردند. بقول هیلارد (۳) هنوز بیست و پنج سال از عمر یکی از مهمترین درمانهای بیماری جنون جوانی با عصاره غده تیروئید نمی‌گذرد و عجب تر اینکه بعضی از این مریضها هم با این نحوه معالجه بهبودی یافته و حالشان خوب میشد و عده دیگر بامقادیر زیاد این غده هم حالشان اصلاً^{*} تغییری نمی‌نمود.

تا آنکه از بیست و سه سال قبل بر اساس فرضیه غلط فون مدونا (۴) راجع بوجود و تناقض بین مرض صرع و جنون جوانی یکی از مهمترین طرق درمانی روان‌پزشکی از راه تولید غش مصنوعی (۵) بوسیله دستگاه برقی سرلنی وینی (۶) و یا از راه تزریق

۱- Seydenham

۲- Morgagni

۳- Hillard.E.T

۴- Von Meduna

۵- Convulsivotherapie

۶- Appareil d'electro - choc de Cerletti - Bini

مواد شیمیایی مانند کاردیازول (۱) (فن مدونا) یا انسولین (۲) (طریقه فون ساکل) (۳) ویا استیل کلین (۴) (فیامبرتی) (۵) کشف گردیده و سرعت رواج پیدا کرد.

گرچه الکتروشوک، انسولین و سایر درمان های غش آور در اکثر بیماری های روحی (بخصوص جنون جوانی - حالات تحریکاتی و ملانکولی) مفید است با این حال شمار زیادی از مریض های روحی هم هستند که در مقابل تمام این معالجات مقاوم بوده و پس از سالها درمان بدون اخذ نتیجه بایستی جزء بیماران لاعلاج و مزمن در کنج بیمارستانها و آسایشگاهها بسر برند.

خوشبختانه از چهار پنج سال به این طرف یک رشته داروهای تازه کشف شده که در اکثر امراض روحی مخصوصاً برای حال این گونه مریض های «بدون علاج» مفید واقع گردیده و نتایج درخشان آن ها در چنین مواردی بی اندازه باعث امیدواری شده است.

به همین علت ما لازم دانستیم بطور اجمال چند نمونه مهم این داروها را شرح داده و ضمناً نتایج تجربیات و آزمایشهای خودمان را با آن دواهایی که در دسترس ما بوده اند در این مختصر بگجانیم.

داروهای نوین روان پزشکی

بعقیده پروفسور ورتیس (۶) استاد کرسی نور و پسیکیاتریک شهر نیویورک میتوان این دواها را به ۸ گروه تقسیم کرد.

۱- الکاوئیدهای گیاهندی موسوم به روولفیا سربنتینا (۷) که عده آنها فعلاً از چهاردهم تجاوز میکند و مهمترین آن ها زرپین (۸) یا سرپازیل (۹) است که نظر باهمیت روزافزون آن در روان پزشکی مابعداً خواص فیزیولوژیکی و طبی آن را بتفصیل شرح خواهیم داد.

۱-cardiazole

۲-Von Sackel

۵-Fiamberti

۷-Rauwolfia Serpentina

۹-Serpasil

۲-insuline

۴-acetil choline

۶-Prof. Wortis B.

۸-Reserpine

۲- گروه داروهای فنوتیازین (۱) که اکثر آنها در سالهای اخیر ضمن آزمایش و مطالعه برای کشف داروهای آنتی هیستامینیک (۲) محیطی پیدا شده اند معروفترین آنها لارگاکتیل (۳) یا کلرپرمازین (۴) است.

مهمترین داروهای دیگر متعلق به این گروه عبارتند از:
اسپارین (۵) که کلرپرمازین (۶) ساده است تریلافون (۷) که جزء دسته فنوتیازین-پی پرازین (۸) است و آن را پر فنازین (۹) هم مینامند و پلژسیل (۱۰) که بعضی از خواص لارگاکتیل را دارد ولی معایب آن کمتر است و بالاخره پاکتال یک میازین (۱۱) است و در ایران هنوز پیدا نمیشود.

۳- گروه مهم پروپاندیول دی کاربامات (۱۲) که از همه آنها مؤثرتر داروهای دسته میپروپامات ها (۱۳) من جمله میلتون (۱۴) و اکوانیل (۱۵) و آنها را ضمناً داروهای «شل کننده مرکز» (۱۶) نیز میخوانند.

۴- گروه متان دیفنیلان (۱۷) که اکثر داروهای آن هنوز در ایران پیدا نمیشود و بطور کلی در حالات اضطراب و افسردگی مؤثر میباشند مهمترین آنها عبارتند از:
فرنکل (۱۸) و بناکتیزین (۱۹) و آتاراکس (۲۰) که معنای لغوی آن آرام کننده میباشد و بهمین جهت تمام این داروها را که باعث رفع پریشانی و اضطراب بیمار می شوند بطور کلی داروهای آتاراکتیک (۲۱) مینامند

۵- گروه فنا گلیکدیل که آنها هم برای درمان ترس و اضطراب مفیدند و مهمترین آنها داروئی به اسم اکالو (۲۲) و دوای دیگری بنام اولتران (۲۳) میباشد:

۱ - Phenothiazines

۳ - Largactil

۵ - Sparine

۷ - Trilafon

۹ - Perphen

۱۱ - Mepazine

۱۳ - Meprobamates

۱۵ - Equanil

۱۷ - Methane diphenylenes

۱۹ - Benaetazine

۲۱ - Ataractiques

۲۳ - Ultrane

۲ - anti - histaminiques

۴ - Chlorproma

۶ - Promazine

۸ - Phenothiazine-Piperazine

۱۰ - Plegicil

۱۲ - Propandioli dicarbamate

۱۴ - Miltown

۱۶ - Relacheur central

۱۸ - Frenquel

۲۰ - Atarax

۲۲ - Acalo

۶- گروه ایپرونی آزید (۱) که در معالجه بیماریهای سلی شهرت آن فراوان است و اخیراً تحت اسم مارسیلید (۲) در روان پزشکی هم اهمیت پیدا کرده است .

۷- گروه هیدروکلورو متیل فیل دیلاکتات (۳) که مهمترین معرف آن دارونی است به اسم ریتالین (۴) که برای رفع افسردگی و ملانکولی مفید است .

۸- بالاخره گروه هیدروکلورو دیوینز هیدرول (۵) که دارونی به اسم مراتران (۶) متعلق بآن است .

این تقسیم بندی که از نظر شیمیائی جالب است برای کلینیک چندان مفید نیست و بهمین جهت ما پیشنهاد می کنیم داروهای نوین بدو خانواده بزرگ قسمت شوند:

الف- داروهای آرام کننده یا ترانکیلیزان (۷) و یا آتارا کتیک

ب- دواهای «روح پرور» یا پسیکو بیوتیک (۸) یا پسیکو تونیک (۹)

گروه الف را میتوان باز بدو دسته داروهای آرام کننده شدید الاثر و آرام کننده خفیف تقسیم کرد بطوری که میتوان بر رویهم طبقات زیر را تمیز داد .

داروهای روح پرور داروهای آرام کننده

خفیف	قوی الاثر
ریتالین	بناکتین زین
مارسیلید	اسپارین
اکالو	اتارا کس
مراتران	پلژسیل
	اکوانیل
	سریازیل
	پاکاتال
	میلتون
	فرنگل

قبل از اینکه راجع به خواص فیزیولوژیکی و فارماکودینامیکی بعضی از این داروها که در روان پزشکی اهمیت دارند صحبت کنیم بیجانست که یک نظر کلی بدواهای

۱-Iproniazid

۲- Marsilid

۳-Hydrochlorure de methyl-phenyl dilactate

۴-Ritaline

۵- Hydrochlorure de benz hydrol

۶-Meratran

۷-Tranquilisants

۸-Psychobiotique

۹- Psychotonique

دو خانواده آرام کننده و روح پرور افکننده و چند نکته کلی را متذکر شویم:

در بیمارانی که مبتلا به نوروز بوده و یا فقط دچار اختلالات هیجانی میباشند بدون شك تمام داروهای گروه آرام کننده مؤثر میباشند ولی چون این دوا هادر آن موارد اثر اختصاصی ندارند بهتر است که در این بیماریها از داروهای آرام کننده خفیف از قبیل میلتون و اکوانیل و غیره استفاده نمود .

داروهای آرام کننده قوی از نوع لارگاکتیل و سرپازیل را بایستی برای اسکیز و فرنی های مزمن و ریشه دار و حالات تحریکاتی شدید بکاربرد

از نکات قابل توجه موضوع عادت کردن بیمار بداروهای آرام کننده خفیف از نوع مپروباماتها است که مورد قبول همه روان پزشکان نیست ولی در هر حال بیماری که مدتها مقادیر زیادی از این دوا ها را مصرف میکند نبایستی یکباره آنرا ترك نماید زیرا در این صورت دچار اضطراب و ترس و وحشت خواهد شد .

داروهای آرام کننده خفیف در موارد بیخوابیهای سخت و شدید بلا اثر میباشند و در این موارد بایستی از لارگاکتیل و سرپازیل و یا باربیتوریکهای قوی استمداد جست گذشته از داروهای که در بالا ذکر شد اخیراً یک رشته ترکیبات شیمیایی دیگر با اسم داروهای توهمزا (۱) که شامل دی اتیل امید داسید لیزرژیک (۲) یا ال.اس.د (۳) و مسکالین (۴) میباشد و دواهای ضد سروتونین (۵) کشف و مورد تجربه واقع شده اند که بایستی بعلت اهمیت آنها برای فهم مکانیسم بعضی از اختلالهای روانی و طرز تاثیر دارو های نوین از اینجا مورد بحث قرار گیرند و همه میدانند که دی اتیل امید داسید لیزرژیک بر حسب اتفاق توسط شیمی دان معروف سوئس هوفمان (۶) کشف شد این دارو که از مشتقات ارگو (۷) است جزو داروهای توهمزا میباشد .

* بطور تخمین میتوان گفت که عده زیادی از دوا های که در فارما کوپه نام برده شده اگر آنها را بمقدار خیلی زیاد تجویز کنند باعث بروز توهمات خواهند گردید .

۱-Hallucinogenes

۲-Diethylamide -d'acide lysergique

۳-L.S.D

۴-Mescaline

۵-Serotonine

۶- Hoffman

۷- Ergot

بهترین مثال آتروپین (۱) کورتیزون (۲) و مافارسید (۳) و یوهیمبین (۴) است که خود جزو الکاوتیدهای روولفاسرپنتینا است.

اما بهتر است که نام «توهم‌زا» را تنها بماده شیمیائی بدهیم که بالاستعمال مقادیر بسیار کم آن شخصی دچار یک حالت جنونی (۵) موقتی شود بهمین علت هم نام «توهم‌زا» را میشود بخوبی بداروی ال.اس.د. داد که استعمال مقادیری کمتر از بیست میلیونیم گرم آن انسان را دچار حالت جنونی موقت میسازد. این روان پریشانی از نوع واکنش‌های سمی خارجی (۶) میباشد که با توهمات، هذیان، اختلال نیروی منطق، قضاوت، حافظه، وحس زمان و مکان شناسی همراه میباشد بالاین حال گاهی این واکنش از حیث تابلوی کلینیکی طبعی بیک واکنش، جنون جوانی حاد شباهت پیدا میکند و بهمین جهت امروزه این ماده را در روان پزشکی تجربی برای مطالعه و تحقیق راجع بععلل جنون جوانی بکار میبرند. ال.اس.د. اخیراً در روان پزشکی و برای از بین بردن اضطراب و افکار وسواسی خواه تنها خواه همراه باپسیکوتراپی مورد استعمال پیدا کرده است زیرا یکی از خواص این دارو این است که پس از استعمال آن شخص قادر است اغلب اتفاقات و حوادثی را که از یاد برده دو مرتبه بخاطر آورد و این امر چنانکه همه میدانند در تدابیر نفسانی امراض روحی خیلی مفید است ضمناً بدن نیست بگوئیم که اگر مقادیر زیادی ال.اس.د. را هم به اسکیزوفر نیهای مزمن تجویز کنند چندان تغییر محسوس در حال آنها پیدا نمیشود.

نکته جالب توجه این است که ال.اس.د. یکی از داروهائی است که اثر آن شدیداً مخالف اثر سروتونین میباشد. ماده سروتونین مطابق فرضیات امروزی یک ماده شیمیائی است که دستگاه اعصاب مرکزی برای انتقال انگیزه‌های متوقف سازنده (۷) خود از آن استفاده میکند. چنین تصور میشود که علت اختلالهای روانی زیاد و کم شدن مقادیر سروتونین در مغز میباشد داروهائی که در بالا به اسم مارسالد جزو گروه اپیرونی آزید

۱-Atropine

۲-Cortison

۳-Mapharsid

۴-Yohimbine

۵-Psychotique

۶- type de reaction toxique exogene

۷- impulses inhibitrices

ذکر شد می‌تواند آنزیم (۱) مونو آمین اکسیداز (۲) را که نابود کننده سروتونین است بی‌اثر نماید و بدین ترتیب بذخیره شدن مقدار بیشتری از این ماده در دماغ کمک نماید. اما از آنجائیکه استعمال مقادیر زیاد اپیرونی آزید خود ممکن است باعث بروز پسیکوز شود تا حدی صحت فرضیه بالا تأیید می‌شود.

از طرف دیگر دماغ انسان پس از استعمال سرپازیل نمی‌تواند فعل و انفعال شیمیائی مربوط بترکیب و نگاهداشتن سروتونین را انجام بدهد و بالتبلیجه مقادیر زیادی از این ماده بشکل هیدرواکسی ایندول استیک اسید (۳) در ادرار دفع می‌شود می‌توان گفت که آن مقداری از سروتونین که اکنون بطور آزاد در خون بیمار جریان دارد مسئول عوارض و علائم استعمال سرپازیل است (برای عوارض استعمال سرپازیل رجوع شود بمقالات آینده).

این فرضیه‌ها البته خیلی جالب و از نقطه نظر فیزیولوژی و فارماکودینامی بسیار قابل ملاحظه می‌باشد اما ضمناً نکات ضد و نقیضی در آن‌ها پیدا می‌شود مثلاً استعمال برم ال. اس. د. (۴) که اثر مخالفش روی سروتونین از ال. اس. د. خالص بمراتب زیادتر است در انسان بهیچوجه جنون تولید نمی‌کند. یا لارگاکتیل که بهترین دارو برای از بین بردن پسیکوز ال. اس. د. می‌باشد باعث آزاد شدن سروتونین از بدن نمی‌شود.

باین حال باتکیه بفرضیه وجود مقادیر زیادی از سروتونین در مغز در بیماریهایی روحی اخیراً مواد شیمیائی زیادی که اثرشان مخالف با سروتونین است در لابراتوارها و بیمارستانها مورد آزمایش و تجربه قرار گرفته‌اند ولی آنقدر که ما میدانیم نتایجی که تاکنون از این تحقیقات گرفته شده چندان نویدبخش و امیدوار کننده نمی‌باشند

یکی دیگر از مواد شیمیائی که بعلت خاصیت توهم زایش مورد توجه واقع شده بوفوتینین (۵) می‌باشد که در قورباغه و بعضی انواع صدفهای سمی پیدا می‌شود این ماده که از حیث فورمول شیمیائی یک دی متیل تریپتامین (۶) است خیلی شبیه به سروتونین می‌باشد علت این که ما این مطالب را بتفصیل در اینجا شرح می‌دهیم این است که

۱-Enzyme

۲-Mono-amine oxydase

۳-Hydroxy indole acetic acid

۴- Brom L.S.D

۵-Bufotenine

۶-Dimethyl tryptamine

«فرضیه ایندول» (۱) که امروزه طرفداران زیادی دارد از این راه توجیه و روشن میشود مطابق این تئوری علت اصلی بروز عوارض روانی مختل شدن متابولیسم اجسامی است در بدن که دارای هسته ایندول بوده و بدین جهت برای دماغ حکم سم را پیدا کرده اند.

ضمناً فرضیه ایندول با تئوری آدرنالین (۲) نیز قرابتی دارد زیرا در موادی که پس از تجزیه شدن آدرنالین در بدن بوجود می آیند مشتقات ایندول دیده شده است کاتابولیت های (۳) آدرنالین از قبیل آدرنو کروم (۴) و آدرنو کسین (۵) که گاهی نیز در شیشه ها و آمپول های محتوی آدرنالین که مدتی مانده باشد دیده میشوند و رنگ محلول آدرنالین را سرخ می کنند میتوانند باعث بروز پسیکوز های تجربی در انسان بشوند .

دلیل دیگر بر تأیید فرضیه ایندول و آدرنالین ، داروی توهم زای مسکالین (۶) میباشد که از یک نوع کاکتوس (۷) که در افریقای شمالی میروید با سم پیوت (۸) بدست می آید و از حیث خواص شیمیائی و ساختمان خیلی شبیه آدرنالین است.

گرچه تمام این فرضیه ها علت بیماری روحی را آن طور که باید و شاید نشان نمیدهند ولی با وجود این از آنجائی که رادار برای تحقیق و مطالعه در فعل و انفعالات شیمیائی و فارما کودینامیکی مغز باز کرده اند جالب و قابل توجه میباشد .

در مقالات آینده ما ضمن شرح خواص شیمیائی و درمانی چند داروی مهم از این علمی که تازه به اسم پسیکوفارما کولوژی (۹) و یا نوروفارما کولوژی (۱۰) پیدا شده باز صحبت خواهیم کرد .

۱-Hypothèse d'indol

۲-Catabolites

۵-Adrenoxine

۷-Cactus

۹-Psychopharmacologie

۲-Adrenaline

۴-Adrenochrome

۶-Mescaline

۸-Peyote

۱۰-Neuropharmacologie