

افسردگی (Depression)

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۲ ، صفحه ۱۶ ، ۱۳۴۹

* دکتر لقمان دانشمند

بعضی موارد بجای کندی در اعمال، تشویش و هیجان دیده می‌شود و در نتیجه بیمار بیقرار است و دایماً دستهایش را بهم می‌فشارد و در چهره‌اش حالت اضطراب و نگرانی دیده می‌شود.

۲- خلق و خوی - احساس شخص در افسردگی ممکن است از نظر شدت، از یک احساس تأثیر ساده تا شدیدترین و ناراحت کننده‌ترین شکل حزن و آندوه نوسان کند. بیمار معمولاً احساس ناخوشی می‌کند و اظهار میدارد که آن نشاط اولیه را ندارد و از سنتی و بیحالی و خستگی شکایت دارد. قیافه او گرفته است و همه چیز بنظر او نویمید کننده می‌اید و گاهی اوقات در بیان صحیح ناراحتی خود دچار اشکال می‌شود.

با وجود اینکه هر بیماری از وجود حالت حزن و آندوه در خود آگاه است فقط تعداد کمی از بیماران از ناراحتی فوق بعنوان عالم اصلی مخصوصاً در مراحل اولیه بیماری شکایت دارند و پیشتر بیماران از پذیده‌های دیگری مانند کاهش انرژی و دردهای مختلف اعضاً بدن و کم شدن وزن اظهار ناراحتی می‌کنند.

۳- طرز صحبت کردن: ممکن است از یک سکوت کامل تا یک پرچانگی ممتد تغییر کند. بیماران معمولاً جملات را تکرار می‌کنند و از یک عدد موضوعات محدود صحبت می‌کنند. اغلب تشویش و سماجت با پرچانگی همراه است.

۴- فکر کردن: بیماران اغلب از اشکال در فکر کردن شکایت می‌کنند. تمزک حواس کم می‌شود. افکار خود را نمیتوانند بخوبی منظم یا متزمکر کنند. تصمیم گرفتن برای آنها مشکل می‌شود.

اشکال در فکر کردن از عالم مهم افسردگی است مخصوصاً موقعیکه بیمار بخواهد وظیفه خاصی انجام دهد چون جواب دادن به سوالات یا تصمیم گرفتن یا مواجه شدن با اشکالات. در اینحال

در افسردگی علامت مهم و اولیه، تغییر خلق و خوی می‌باشد که ممکنست از یک حالت حزن و دلتنگی مختصر تا یک غمگینی مطلق تغییر کند. این تغییر خلق ممکن است روزها، هفت‌ها، ماهها و حتی سالها طول بکشد. همراه با این تغییر خلق تغییراتی نیز در رفتار، فکر، برخورد، منش، اعمال فیزیولوژیکی، لیاقت و کارآئی بوجود می‌آید.

افسردگی ممکن است در بسیاری از بیماریهای مختلف جسمی و عصبی و روحی ظاهر گردد و از عالم مهم آن بیماری باشد (مانند تب که لازم است علت اصلی آنرا جستجو کرد). در تشخیص بین افسردگی طبیعی و مرضی کمیت افسردگی در نظر گرفته می‌شود. چنانچه مختصر ناراحتی در زندگی ایجاد افسردگی شیده طولانی نماید این نوع افسردگی را مبتowan مرضی پنداشت. بعلاوه شدت وحدت ناتوان کننده افسردگی از نظر کمی و کیفی با یک احساس حزن طبیعی تفاوت دارد.

افسردگی فعالیت کلیه اعضای بدن از قبیل احساس، انرژی، تمايل، فکر، اعمال طبیعی بدن، شخصیت، علاقه و تقریباً تمام جهات زندگی شخصی را تحت تأثیر قرار میدهد.

علامت مهم افسردگی:

۱- ظاهر و رفتار: قیافه بیمار کمک شایانی به تشخیص می‌کند. در صورتیکه افسردگی با اضطراب و دلهره توأم باشد بالطبع شکل ظاهر و رفتار بیمار تحت تأثیر ایندو عامل اخیر نیز قرار می‌گیرد. در افسردگی توأم با کندی، طبیعی است که حرکات بیمار کند می‌شود: خسته و سنگین راه می‌رود، قیافه پیحرکت و گرفته‌ای دارد و گاهی صورت او حالت غمگین یا مضطربی بخود می‌گیرد که منعکس کننده افسردگی، نامیدی و یا اضطراب است. در

از خواب برخیزد و دیگر نتواند بخواب رود و یا اینکه ممکنست چندین بار از خواب بپرد.

۱۳- کاهش اشتها : از علائم مهم افسردگی است و گاهی اوقات با کاهش وزن توأم میگردد و حتی ممکنست بیمار ۱۰-۱۵ کیلو گرم وزن ظرف چند هفته از دست بدهد.

۱۴- تغییرات خلق در مدت روز : افسردگی غالباً صبحها شدیدتر است ولی گاهی بیمار عصرها و اوایل شب افسرده‌تر است و مخصوصاً شق دوم در صورتی است که افسردگی با اضطراب توأم باشد.

۱۵- علائم فیزیکی : بیمار اکثراً از سردرد، دردهای مبهم اندام، سوء‌هضم، احساس فشار در سینه، سرگیجه، بیوست، تکرر ادرار، طپش قلب، تنگی نفس، تاری دید، خشکی دهان و اختلالات حسی شکایت میکند. در زنان اغلب قاعدگی قامرتب میشود و گاهی قطع میگردد. میل جنسی کم می‌شود و یا از بین میرود.

۱۶- وسایل : افکار و سواسی ممکن است بوجود آید مخصوصاً اگر بیمار قبل از زمینه وسایل داشته باشد. این وسایل شامل هرچیزی میتواند باشد.

شیوع و عمل افسردگی : افسردگی در حدود ۳۵-۴۰ درصد تمام بیماریهای روانی را که برای درمان آنها به پزشک مراجعه میشود تشکیل می‌دهد. در سال ۱۹۵۹ در حدود ۲۰ هزار بیمار جدید مبتلا به افسردگی به بیمارستانهای روانی انگلستان مراجعه کرده و در حدود همین تعداد بعلت عود بیماری مجدداً بستری شده‌اند و در واقع تعداد فوق به ۴۰ هزار نفر در سال بالغ میشود.

احتمال ابتلاء به افسردگی برای هر شخص در تمام مدت عمریک درصد است و دریک درصد مبتلایان، افسردگی باندازه‌ای شدید است که باید در بیمارستان بستری گردد. افسردگی در زنان بیشتر از مردان است و تقریباً دوبار برابر شایعتر است.

سن نیز عامل مهمی است. هرچه سن فزونی باید احتمال ابتلاء به افسردگی بیشتر میشود بطوریکه بین ۴۰-۶۰ سالگی به بیشینه میرسد و این درست برخلاف بیماری اسکیزوفرنی است که احتمال ابتلاء به آن در سنین ۲۰-۳۰ سالگی میباشد. در طبقات پائین اجتماع افسردگی تقریباً دو برابر طبقات بالاست. احتمال ابتلاء به افسردگی در صورتیکه یکی از والدین مبتلا باشد ۱۵ درصد است و این نشان میدهد که تاچه حد عوامل ارثی در بروز این بیماری مؤثر هستند.

افسردگی از یک طرف نتیجه عوامل ارثی و مزاجی خود شخص (Constitutional) و از طرف دیگر معلوم عوامل محیطی و ناراحتیهای زندگی میباشد. افسردگیهایی که جنبه ارثی دارند

شخص افسرده قادر به انجام آن نیست و یامدتی طول خواهد کشید تاموفق شود.

۵- کندی : در بعض بیماران کندی عمومی در حرکات بدن مشاهده میشود و گاهی بقدرتی شدید است که بیمار دریک حالت بهت فرو می‌رود (Stupor) در اینحالات فعالیت شخص به کمترین حد خود تقلیل میباشد و بیمار به تحریکات خارجی مختصر جوابی میدهد و در قیافه او ناامیدی مطلق خوانده میشود.

۶- افکارعزاحم : بیمار افسرده معمولاً بخود و مشکلاتی که دارد توجه نماید می‌نمود میدارد بطوریکه گاهی اوقات در آن غرق میشود. افکار او پیوسته در دنیاک و اغلب در اطراف مشکلات خود میباشد، ممکنست خود را بواسطه اشتباهاتی که در زندگی کرده است سرزنش کند و با احیاناً بخود تهمت بزند، خطاهای کوچک زندگیش را در گذشته بزرگ کند و حتی بدرجه‌ای برساند که آنها را جزء گناهان غیرقابل بخشایش بحساب آورد. بعلاوه در خصوصیات اخلاقی و رفتار و کردار خودزدود چار شک و تردید میشود.

۷- اضطراب و تشویش : اغلب اوقات همراه افسردگی حالت اضطراب و دلهره نیز موجود است و گاهی اوقات باندازه‌ای شدید میشود که یک حالت بیقراری به بیمار دست میدهد.

۸- از بین رفتن علاقه (interest) : بیمار زود در میباشد که علاقه‌آن نسبت به کارهای معمول و روزانه کم شده است. و میل به معاشرت با دوستان و بستگان نقصان میباشد و بیشتر تمايل به ارزوا پیدا میکند. به کارخانه و خانواده خود و سایر اشتغال‌های قبلی و همچنین بهداشت و شکل ظاهری خود بی توجه میشود.

۹- عدم توانایی درک محیط (Derealisation & Depersonalisa-
tion) : بیمار گاهی شکایت میکند که بنظر او محیط و همچنین خودش تغییر کرده و باشکل سابق تفاوت دارد. این علائم معمولاً در اشکال شدید افسردگی مشاهده میگردد.

۱۰- هیپوکندری (Hypochondriasis) : بیمار در مورد سلامت خود توجه بیش از حدی دارد بطوریکه گاهی کار به خیال‌بافی میکشد مثلاً خیال میکند که مبتلا به سرطان یا مراض مقابلي است و یا بعضی از اعضاء بدنش درست کار نمیکند.

۱۱- اختلال درک: توهمات شناوری و بینائی خیلی نادر هستند و اگر رخ دهنده با حالات افسردگی توأم هستند. اشتباهات بصری گاهی گاهی دیده میشود.

۱۲- خواب: آشتفتگی خواب از علائم مهم افسردگی است و بسیاری از بیماران ممکنست فقط با این علامت به روان پزشک مراجعه نمایند. اختلال نظم خواب ممکنست بصورت‌های گوناگونی ظاهر شوند. بیمار ممکنست دیر بخواب برود یا اینکه صبح خیلی نزد

داروهای ضد افسردگی اثر خود را بالافزایش کاتکولامین ها مانند نور آدرنالین در مغز بوجود می آورد . رزپین Reserpine که ایجاد افسردگی در انسان می کند بعلت کم کردن مخازن مغز از سروتونین و نور آدرنالین است . اکثر افسردگیها با کمبود کاتکولامینها مخصوصاً نور آدرنالین در محلهای Adrenergic-Elation Receptor در مغز همراه است بر عکس خوشحالی زیاد (Elation) و یا Mania ممکن است همراه بازیادی آمینهای فوق باشد .

در افسردگی شدید و در مانیا تعبیراتی در غلظت آب سلولهای مغزی بوجود می آید ولی حرکت سدیم از فضاهای خارجی سلولی به داخل سلول در موارد فوق (افسردگی و مانیا) تائید و ثابت نشده است .

پیش بینی دوره ناخوشی: عوامل زیر بستگی دارد :

- ۱- زمینه ارشی و ساختمانی بیمار و شخصیت او .
- ۲- علل و حوادث و ناراحتیهایی که سبب افسردگی می شوند (شدت و دوام آنها) .
- ۳- عکس العمل بیمار نسبت ب نوع ناراحتی که منجر به ادامه بیماری یا کاهش آن میگردد .

افسردگیهای شدید و سخت عموماً خوب می شوند . در اشکالی که خیلی بسرعت بوجود بیانند و عالم مشخصی دارند اگر بیمار یک شخصیت پایدار و خوب داشته باشد امید فراوان به بهبود وی میگردد .

بطور کلی در صورتی که افسردگی موقع تشخیص داده شود و عالم واضحی داشته باشد امکان دارد که ۹۵٪ مبتلایان بهبود یابند . یک درصد به خود کشی می انجامد و چهار درصد شکل مزمن بخود میگیرد .

اصول درمان : باید همیشه در نظر داشت که افسردگی سبب رنج و عذاب و ناتوانی بیمار می شود . درجه ناتوانی و رنج بستگی بشدت افسردگی دارد . اشخاص بسیار مؤثر و با قدرت خالقه ممکنست به عنوانی ناتوان و غیر مؤثر تبدیل شوند .

البته این آثار موقتی خواهد بود و بیمار بعد از بهبود بحال اول خود بر میگردد . بیمار باید این حقیقت را قبول کند که افسردگی موجود اشکالاتی در روبرو شدن با کارهای روزانه اش می شود و سعی نکند بیش از حد توانایی خود اقدام با نجام کارهایی بکند که از تواناییش خارج باشد و اورانومید و مضطرب سازد ، بیمار بایستی تشویق گردد که فقط کارهایی را که از عهده آن بر می آید انجام دهد . رفتار تمام افرادی که با بیمار افسرده سرو کاردارند باید دوستانه باشد و تا آنجا که امکان دارد لازمست به او کمک کنند و به کارها و گرفتاریهای اوعلاقه نشان دهند زیرا او این توجه را

و ظاهرآ علی برای آن نمیتوان یافت افسردگی داخلی Endogenous صبحهای افسردگی شدیدتر است و هرچه از روز بگذرد کاهش می باید . افسردگیهایی که در اثر عوامل محیط و ناراحتیهای مختلف زندگی بوجود می آید به افسردگیهای واکنشی Reactional معروف است و عموماً خفیفتر است و شدت آن بستگی به نوع ناراحتی و عوامل محیط دارد .

در موارد بسیار هردو نوع افسردگی توأم در شخص مشاهده می شوند . یک نوع دیگر از افسردگی وجود دارد که در ۴۵-۶۵ سالگی دیده می شود که بمراتب شدیدتر از ادوار عقیل است . در این نوع افسردگی بیمار بدین است و از ناراحتیهای مختلف در اعضاء و اندام خود شکایت دارد . این افراد عموماً قبل از ابتلاء به بیماری دارای شخصیت خاصی هستند مثل اشخاص جاه طلبی بوده اند و یا توجه بیش از حدی بسلامت خود داشته اند در چنین مواردی خیالات واهی پیدا می شود و اضطراب و تشویش و دلهره بالا میگیرد .

همانطور که گفته شد افسردگی ممکن است علامت بیماریهای مختلف باشد مانند : پر کاری غده تیروئید ، تومورهای مغزی ، صرع ، بیماریهای قلبی ، عفونی ، مسمومیتهای ناشی از سرب و غیره ، الکلیسم ، انفلوانزا ، دردوران قاعدگی ، کمبود بعضی ویتامینها بخصوص ویتامین B₁₂ و PP ، هصرف بعضی از داروها مانند رزپین ، استعمال کورتیزون و A.C.T.H ، خوردن قرصهای ضد حاملگی ، گرسنگی مفرط Starvation ، تصلب شرائین مغزی ، دماسن پیری و در بعضی بیماریهای اعصاب مانند اسکلروز آن پلاک ، پارالیزی ژنرال ، آنسفالیتها ، کره هاتینگتون ، ضایعات عروقی مغز ، بیماری آلزایمر و کورساکوف و بعداز ضربهای جمجمه . نوروفیزیولوژی اختلالات در Diencephalic Limbic System میتواند تغیراتی در خلق و خوی مانند افسردگی بدهد . در حالیکه ابی لپسی نوع تامپورال و کولوتومی پرفونتال تغیراتی در عاطفه ایجاد میکند .

بیوشیمی : آزمایش های مختلف نشان داده است که 5-Hydroxy tryptamine (5HT) کورتکس در مجاورت فوق قانی قسمت میانی مغز ، هیپotalamus و بطون سوم متراکر شده است در حالیکه در قسمت اعظم مغز 5-HT و Catecholamines در وجود دارند . در ناحیه Limbic System مقدار زیادی 5-HT وجود دارد در صورتیکه در اجسام مخلوط قسمت اعظم Dopamine مغز وجود دارد .

دکتر لقمان داشمند : افسردگی

صفحه ۸۹

زیرا در بحبوحه و شدت مرض بیمار قادر نیست که آرزوهای مر بوط به خود کشی را بمحله اجرا بگذارد ولی در موقعیتی که احتیاجی افسردگی بهترمیشود امکان اجرای آن فزونی میگیرد.

۱ - داروهای محرك سیستم مرکزی : اثر این داروها در افسردگی محدود میباشد. داروهایی از نوع آمفاتامین و شبیه آن مانند ریتالین ممکن است اثر مختصری در کنترل افسردگیهای ساده داشته باشند ولی ذیان فراوان و عوارض زیاد دارند و در درمان افسردگی شدید فساقد ارزش هستند. اغلب هنگامی مؤثرند که افسردگی محدود بیک قسمت از روز باشد مثلاً صبح زود که در اینصورت آمفاتامین ممکنست افسردگی را برطرف کند.

آمفاتامینها داروهای معتمد کننده هستند و بقدار زیاد ممکنست حالات روانی (پسیکوز) شدید ایجاد کنند. «Amphetamine Psychosis»

۲ - داروهای ضد افسردگی : کشف داروهای ضد افسردگی در ده ساله اخیر پیشرفت مهمی در درمان بیماریهای روانی بشمار میروند. این داروها بدوسته تقسیم میشوند :

اول : داروهایی که مهار کننده اکسیداسیون منوآمینها (M.A.O.I) Mono - amine oxidase inhibitor،

دوم : داروهایی که از نظر ساختمان شیمیائی شبیه به فنتیازینها میباشد و بطور کلی بنام داروهای تیپ تری سیکلیک گفته میشود که شامل Imipramine (Tofranil) Nortriptyline (Aventyl) Amitriptyline (Tryptizol)-

الف : داروهایی مهار کننده اکسیداسیون منوآمین (M.A.O.I) -

Tranylcypromine (Parnate) سریعتر از سایر داروهای ایندسته اثر میکند. علاوه بر اثر طولانی در مهار کردن آنزیم منوآمین اکسیداز محرك مستقیم سیستم دستگاه عصبی مرکزی نیز میباشد ولی عوارض نامطلوب نیز تولید میکند.

دومین دارو از ایندسته (Marplan) Isocarboxazide است که بی خطرترین داروی ایندسته است ولی معمولاً در حدود سه هفته ای طول میکشد تا تأثیغ کلینیکی آن ظاهر گردد.

داروهای دیگر ایندسته مانند (Nardil) Phenelzine و (Niamid) Nialamide اثثار نامطلوب این داروها بیشتر از Marplan و احتمالاً کمتر از Parnate است.

اثر کامل M.A.O.I معمولاً در آخر هفته سوم بدست میاید و چنانکه بجهود قابل ملاحظه ای در پیابان اینمدت بدست نیایدادامه آن بی تیجه خواهد بود.

احتیاط : بعضی از غذاها و آشامیدنیهایی که دارای ماده تیرامین

خیلی خوب درک میکند و پس از بجهود نیز با خاطر خواهد داشت و با حق شناسی از آن یاد خواهد کرد. از بیماران نباید انتظار داشت که مسئولیتهای روزانه خود را انجام دهنده مخصوصاً و قیمتیکه افسردگی خیلی شدید است چه در این محله قادر به انجام آن نیستند ولی بمحض بجهود خود، قدرت بیشتری برای انجام کارها خواهند داشت. تشویق بیمار در این زمان کمک شایانی به او میکند تا به فعالیتهای اجتماعی و کار خود بازگردد. پزشک عمومی باید به اهمیت این موضوع پی برد و کسان بیمار را از ماهیت بیماری او مطلع کند تا از این لحاظ سبب ناراحتی او نشده اختلالی در روابط صمیمانه خانوادگی بوجود نیاورند. چنانچه افسردگی شدید باشد باید بیمار را از کار کردن بر حذرداشت و درمان طبی را شروع کرد.

شدت بیماری و خطر خود کشی و عوامل اجتماعی امکان پرستاری بیمار در منزل، نکاتی هستند که باید در نظر گرفته شوند تامیحیط مناسبی برای بجهود بیمار در بیمارستان یا خانه فراهم آید. در هر حال اگر افکار خود کشی در بیمار وجود دارد بهتر است اورا در بیمارستان بستری کرد.

نکته مهم در اداره کردن بیمار ارزیابی نظرات و گفتار او است. بیمار اغلب میگوید: «من افسرده و غمگین هستم زیرا در بچگی وجودی احتمانه چنین و چنان کردم» و یا افسرده کی را به چیزهایی که اخیراً حادث شده وابسته میداند و احساس گناه می کند. گاهی نیز آنرا در اثر فشار کار و رفتار بزرگان خانواده خود میداند. بهر حال چنین افکاری در حقیقت برخلاف اعتقاد خود بیماران، عالم افسردگی هستند نه علل آن.

اشتباه بزرگ دیگری که متأسفانه خیلی رواج دارد تشویق بیمار بسیار افسرده به مسافت است. این امر علاوه بر آنکه نتیجه ای برای بیمار ندارد بلطف وجود افسرده کی نمیتواند لذت بخش باشد.

در بیمارانی که راجع به بی ارزش بودن دنیا و خود کشی حرف میزنند نباید حرفاهاشان را نادیده گرفت و باید آنها را از جهات مختلف آزمایش کرد و تحت بررسی قرار داد. خطر خود کشی معمولاً باشد رفع بردن بیمارستگی دارد و با احساس ناشایستگی Unworthiness و حقیر شمردن خود و گناه همراه است.

بیمار احساس میکند که او دیگر خوب نیست و ذندگی چیزی به او نمیدهد و دیگر احتیاجی بوجود او نیست. خطر خود کشی در اشخاص مسن که تنها زندگی میکنند بیشتر است. باید با خاطر سپرد که خطر خود کشی در ابتدای بیماری بیشتر است یعنی قبل از اینکه خطر شناخته و ارزشیابی شده باشد. همچنین باز در موقعیتی که بیمار از یک افسردگی شدید رو بجهود میرود خطر خود کشی بیشتر میشود

۰-۵ میلی گرم سه بار در روز میباشد . اگر تا ۳-۴ هفته بعد از مصرف دادو بهبود قابل ملاحظه‌ای ظاهر نگردید بایستی آنرا قطع کرد . اگر بعداز قطع داروهای تری سیکلیک بخواهد از داروهای نوع I.M.A.O مصرف گردد بایدمدت ۷-۴ روز بعداز قطع دارو شروع نمود .

موارد استعمال آرامکننده‌ها و مسكنهای در افسردگی : بیمارانی که علاوه بر افسردگی دارای اضطراب و نگرانی آشکاری میباشند بایستی از داروهای آرام بخش نیز استفاده کنند . باید در قدر داشت که ترکیبات آدام بخش مانند کلرپرومازین (لارگاکتیل) Diazepam یاداروهایی که اثر آرامکننده و مسکن دارند مانند (Valium) Chlordiazepoxide (Librium) و یامسكنهای مانند ترکیبات باربیتوئیک در خود افسردگی تأثیر محسوسی ندارند بلکه برای تسکین ناراحتیهای همراه با افسردگی مانند اضطراب و هیجان مؤثرند .

داروهای I.M.A.O بیشتر در افسردگیهای خفیف و متوسط مفید است و بنظر میرسد که در شکل غیر طبیعی «Atypical» افسردگی آندوژن بیشتر از شکل طبیعی «Typical» آن مؤثر باشد . در افسردگیهای شدید هیچیک از داروهای ضد افسردگی مانند الکتروشوک مؤثر نیستند . درمان بالکتروشوک ممکنست بطور سرپائی در کلینیک و یاد بیمارستان بر حسب احتیاج و وضعیت بیمار انجام شود .

ساخیر روش‌های درمانی : درمان دیگری که گاهی برای افسردگی بکار می‌رود خواب کردن (نارکوزیس) مداوم است . به بیمار داروهای نارکوتیک و مسکن داده میشود که بتواند روزانه تا ۱۸ ساعت در خواب باشد . این روش گاهی دوران بیماری را کوتاه میکند . در بیماران افسرده‌ای که دچار هیجان میشوند و ضمناً اشتها قابل ملاحظه‌ای دارند اغلب انسولین تبدیل شده در آنها مؤثر است . تزریق داخل عضلانی صورت میگیرد و باید بتدریج مقدار انسولین را زیاد کرد تا بیچاره هیبو گلیسمی کند و این هیبو گلیسمی باید با مصرف گلوکز قبل از اینکه اختلالی در هوشیاری بیمار ایجاد کند اصلاح گردد .

وقتیکه تمام روش‌های درمانی مؤثر واقع نشوند . کولوتومی پر فروتنال بایستی مورد نظر قرار گیرد بخصوص در افسردگیهای طولانی که توانم بحالات هیجان میباشد . مؤثر ترین نتیجه از این نوع درمان جراحی، موقعی حاصل میشود که بیمار قبل از دارای شخصیت ثابت و متعادلی باشد و شرایط اجتماعی و خانوادگی او طوری باشد که بتوان مجدداً او را آماده کرده و به اجتماع برگرداند .

هستند ممکنست در بیمارانی که داروهای فوق را مصرف میکنند واکنش‌های شدید ایجاد کند . این واکنش معمولاً عبارت از سردردی است که از قسمت پشت سر شروع میشود و سپس به قسمت پیشانی پیش روی میکند و معمولاً با افزایش فشار خون همراه میباشد که بر حسب شدت آن نوبات میکند . در بعضی از بیماران گاهی ایجاد خونریزی ذیز آراکنوئید میکند .

غذاهایی که باید از آنها پرهیز کرد عبارتند از پنیر ، Marmite، باقالا، و مشروب‌ات الکلی . در ضمن باید در مصرف آمینهای سپماتومیتیک مانند آمفتامین و افرین احتیاط کرد چون گاهی از دیگر داروهای فشار خون همراه با اسرد و بوجود میاید . همچنین از مصرف داروهایی مثل Pethidine و سایر نارکوتیکها که اثر مکمل دارند باید خودداری شود . بایستی بخطاط سپرد که داروهای M.A.O.I اثر مکملی با داروهای مسکن و فنتیازینها و الکل دارند .

چنانچه بعد از مصرف داروهای I.M.A.O لازم شود که داروهای ضد افسردگی نوع تری سیکلیک‌ها داده شود باید ۱۵-۱۶ روز از قطع دارو بگذرد تا از اثر متضاد آنها جلوگیری گردد . بعضی از روان‌پزشکان با تجربه دونوع داروی ضد افسردگی را باهم تجویز میکنند و افراد غیر متخصص بایستی در این‌مورد محتاط باشند .

ب : داروهای ضد افسردگی نوع تری سیکلیک : Imipramine (Tofranil) داروی انتخابی در افسردگیهای نوع آندوژن است . مقدار دارو از ۲۵ میلی گرم سه بار در روز به ۵۰ میلی گرم سه بار در روز بعد از یک‌اهنگ افزایش می‌باید و در اشخاص پیر مقدار کمتری باید داده شود مثلاً ۱۰ میلی گرم سه بار در روز رساند زیرا خطر «Confusion» یا هذیان دارد .

Desipramine (Pertofran) گفته میشود که موثرتر از Imipramine است ولی مدارک جدید آنرا تائید نکرده است . Amitryptiline (Tryptizol) داروی بسیار موثری در افسردگیهای توانم بالاضطراب و نگرانی میباشد .

Nortryptiline (Aventyl) داروی میتواند در افسردگیهای که با حالت رخوت و سستی و کمبود انرژی همراه باشند . داروی دیگر Protopiline (Concordin) است که در سه چهار سال اخیر بمصرف می‌رسد و در جان آن بر سایر داروهای این‌دسته هنوز به ثبت نرسیده است .

مقدار تجویز داروهای ضد افسردگی نوع تری سیکلیک‌ها معمولاً مانند Imipramine می‌باشد . غیر از Concordin که قاعدتاً بین

REFERENCES:

- 1- Clinical psychiatry. Mayer. Gross. Slater & Roth 1969.
- 2- L. Rees 1967. A short textbook of Psychiatry P.P 305 English University Press London.
- 3- M. Sim. E.B Gordon 1968 Basic Psychiatry.
- 4- F. Fish 1968. An outline of Psychiatry for students & G. Ps
- 5- The British Journal of Psychiatry, Feb. 1970.