

افسردگی (Depression)

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۲، صفحه ۸۶، ۱۳۴۹

دکتر لقمان دانشمند *

بعضی موارد بجای کندی در اعمال، تشویش و هیجان دیده می شود و در نتیجه بیمار بیکر است و دائماً دستهایش را بهم می فشارد و در چهره اش 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 کننده ترین شکل حزن و اندوه نوسان کند. بیمار معمولاً احساس ناخوشی میکند و اظهار میدارد که آن نشاط اولیه را ندارد و از سستی و بیحالی و خستگی شکایت دارد. قیافه او گرفته است و همه چیز بنظر او نومید کننده می آید و گاهی اوقات در بیان صحیح ناراحتی خود دچار اشکال میشود.

با وجود اینکه هر بیماری از وجود حالت حزن و اندوه در خود آگاه است فقط تعداد کمی از بیماران از ناراحتی فوق بعنوان علامت اصلی مخصوصاً در مراحل اولیه بیماری شکایت دارند و بیشتر بیماران از پدیده های دیگری مانند کاهش انرژی و دردهای مختلف اعضای 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 عده موضوعهای محدود صحبت میکنند. اغلب تشویش و سماجت با پرچانگی همراه است.

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

اشکال در فکر کردن از علائم مهم افسردگی است مخصوصاً موقعیکه بیمار بخواهد وظیفه خاصی انجام دهد چون جواب دادن به سئوالات 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 دلنگی مختصر تا یک غمگینی مطلق تغییر کند. این تغییر خلق ممکن است روزها، هفته ها، ماهها و حتی سالها طول بکشد. همراه با این تغییر خلق تغییراتی نیز در رفتار، فکر، برخورد، منش، اعمال فیزیولوژیکی، لیاقت و کارآئی بوجود می آید.

افسردگی ممکن است در بسیاری از بیماریهای مختلف جسمی و عصبی و روحی ظاهر گردد و از علائم 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 شدید و طولانی نماید این نوع افسردگی را میتوان مرضی پنداشت. بعلاوه شدت وحدت ناتوان کننده افسردگی از نظر کمی و کیفی بایک احساس حزن طبیعی تفاوت دارد.

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

علائم 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 می شود: خسته و سنگین راه می رود، قیافه بیحرکت و گرفته ای دارد و گاهی صورت او حالت غمگین یا مضطربی بخود میگیرد که منعکس کننده افسردگی، ناامیدی و یا اضطراب است. در

* - متخصص بیماریهای اعصاب و روانی

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 ۱۵-۱۰ 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 افسرده تر است و مخصوصاً شق دوم در صورتی است که افسردگی با اضطراب توأم باشد .

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

۱۶- وسواس : افکار وسواسی ممکن است بوجود آید مخصوصاً اگر بیمار قبلاً زمینه وسواسی داشته باشد . این وسواس شامل هر چیزی میتواند باشد .

شیوع و علل افسردگی : افسردگی در حدود ۴۰-۳۵ درصد تمام بیمارهای 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 بعثت عود بیماری مجدداً بستری شده اند و در واقع تعداد فوق به ۴۰ هزار نفر در سال بالغ میشود .

احتمال ابتلاء به افسردگی برای هر شخص در تمام مدت عمر یک درصد است و در یک درصد مبتلایان ، افسردگی باندازه ای شدید است که باید در بیمارستان بستری گردند . افسردگی در زنان بیشتر از مردان است و تقریباً دو برابر شایعتر است .

سن نیز عامل مهمی است . هر چه سن فزونی یابد احتمال ابتلاء به افسردگی بیشتر میشود بطوریکه بین ۶۰-۴۰ سالگی به بیشینه میرسد و این درست برخلاف بیماری اسکیزوفرنی است که احتمال ابتلاء به آن در سنین ۳۰-۲۰ 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 معلول عوامل محیطی و ناراحتیهای زندگی میباشد . افسردگیهایی که جنبه ارثی دارند

شخص افسرده قادر به انجام آن نیست و یا مدتی طول خواهد کشید تا موفق شود .

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

۶- افکار مزاحم : بیمار افسرده معمولاً بخود و مشکلاتی که دارد توجه زیادی مبذول میدارد بطوریکه گاهی اوقات در آن غرق میشود . افکار او پیوسته دردناک و اغلب در اطراف مشکلات خود میباشد ، ممکنست خود را بواسطه اشتباهاتی که در زندگی کرده است سرزنش کند و یا احیاناً بخود تهمت بزند ، خطاهای کوچک زندگی را در گذشته بزرگ کند و حتی بدرجه ای برساند که آنها را جزء گناهان غیر قابل بخشایش بحساب آورد . بعلاوه در خصوصیات اخلاقی و رفتار و کردار خود زود دچار شک و تردید میشود .

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

۸- از بین رفتن علاقه (interest) : بیمار زود درمی یابد که علاقه او نسبت به کارهای معمول و روزانه کم شده است . و میل به معاشرت با دوستان و بستگان نقصان مییابد و بیشتر تمایل به انزوا 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 & Depersonalisation) : بیمار گاهی شکایت میکند که بنظر او محیط و همچنین خودش تغییر کرده و با شکل سابقش 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 امراض مقاربتی است و یا بعضی از اعضاء بدنش درست کار نمیکند .

۱۱- اختلال درک : توهمات شنوایی و بینایی خیلی نادر هستند و اگر رخ دهند با حالات افسردگی توأم هستند . اشتباهات بصری گاهگاهی دیده میشود .

۱۲- خواب : آشفتگی 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 زود

و ظاهراً علتی برای آن نمیتوان یافت افسردگی داخلی «Endogenous» نامیده میشوند و نشان مخصوص آن اینست که صبحها افسردگی شدیدتر است و هرچه از روز بگذرد کاهش می یابد. افسردگیهایی که در اثر عوامل محیط و ناراحتیهای مختلف زندگی بوجود می آید به افسردگیهای واکنشی «Reactional» معروف است و معمولاً خفیفتر است و شدت آن بستگی به نوع ناراحتی و عوامل محیط دارد.

در موارد بسیار هر دو نوع افسردگی توأماً در شخص مشاهده میشوند. یک نوع دیگر از افسردگی وجود دارد که در ۴۵-۶۵ سالگی دیده میشود که به مراتب شدیدتر از انواع قبلی است. در این نوع افسردگی بیمار بدبین است و از ناراحتیهای مختلف در اعضا و اندام خود شکایت دارد. این افراد معمولاً قبل از ابتلای به بیماری دارای شخصیت خاصی هستند مثلاً اشخاص جاه طلبی بوده اند و یا توجه بیش از حدی بسلامت خود داشته اند در چنین مواردی خیالات واهی پیدا می شود واضطراب و تشویش و دلهره بالا میگردد.

همانطور که گفته شد افسردگی ممکن است علامت بیماریهای مختلف باشد مانند: پرکاری غده تیروئید، تومورهای مغزی، صرع، بیماریهای قلبی، عفونی، مسمومیتهای ناشی از سرب و غیره، الکلیسم، انفلوانزا، دردوران قاعدگی، کمبود بعضی ویتامینها بخصوص ویتامین B_{۱۲} و PP، مصرف بعضی اذداروها مانند رزپین، استعمال کورتیزون و A.C.T.H، خوردن قرصهای ضد حاملگی، گرسنگی مفرط «Starvation»، تصلب شرائین مغزی، دمانس پیری و در بعضی بیماریهای اعصاب مانند اسکروز آن پلاک، پارالیزی ژنرال، آنسفالیتها، کره هانتینگتون، ضایعات عروقی مغز، بیماری آلزایمر و کورساکف و بعد از ضربه های جمجمه. نوروفیزیولوژی: اختلالات در Diencephalic Limbic System میتواند تغییراتی در خلق و خوی مانند افسردگی بدهد. در حالیکه اپی لپسی نوع تامپورال و کولوتومی پرفرونتال تغییراتی در عاطفه ایجاد میکند.

بیوشیمی: آزمایشهای مختلف نشان داده است که 5-Hydroxy-tryptamine (5HT) و نورآدرنالین در مغز در ناحیه زیر کورتکس در مجاورت فوقانی قسمت میانی مغز، هیپوتالاموس و بطن سوم متمرکز شده است در حالیکه در قسمت اعظم مغز Catecholamines و 5-HT باهم وجود دارند. در ناحیه Limbic System مقدار زیادی 5-HT و مقدار کمی نورآدرنالین وجود دارد در صورتیکه در اجسام مخطط قسمت اعظم Dopamine مغز وجود دارد.

داروهای ضد افسردگی اثر خود را با افزایش کاتکولامین ها مانند نورآدرنالین در مغز بوجود میاورند. رزپین Reserpine که ایجاد افسردگی در انسان میکند باعث کم کردن مخازن مغز از سروتونین و نورآدرنالین است. اکثر افسردگیها با کمبود کاتکولامینها مخصوصاً نورآدرنالین در محلهای Adrenergic-Receptor در مغز همراه است برعکس خوشحالی زیاد (Elation) و یا Mania ممکن است همراه با زیادی آمینهای فوق باشد.

در افسردگی شدید و در مانیا تغییراتی در غلظت آب سلولهای مغزی بوجود می آید ولی حرکت سدیم از فضاها خارج سلولی به داخل سلول درموارد فوق (افسردگی و مانیا) تأیید و ثابت نشده است.

پیش بینی دوره ناخوشی: بعوامل زیر بستگی دارد:

- ۱- زمینه ارثی و ساختمانی بیمار و شخصیت او.
- ۲- علل و حوادث و ناراحتیهای که سبب افسردگی میشوند (شدت و دوام آنها).
- ۳- عکس العمل بیمار نسبت بنوع ناراحتی که منجر به ادامه بیماری یا کاهش آن میگردد.

افسردگیهای شدید و سخت معمولاً خوب میشوند. در اشکالی که خیلی سرعت بوجود بیایند و علائم مشخصی دارند اگر بیمار یک شخصیت پایدار و خوب داشته باشد امید فراوان به بهبودی میرود.

بطور کلی در صورتیکه افسردگی بموقع تشخیص داده شود و علائم واضحی داشته باشد امکان دارد که ۹۵٪ مبتلایان بهبود یابند. یک درصد به خودکشی می انجامد و چهار درصد شکل مزمن بخود میگردد.

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

البته این آثار موقتی خواهند بود و بیمار بعد از بهبود بحال اول خود بر میگردد. بیمار باید این حقیقت را قبول کند که افسردگی موجد اشکالاتی در روبرو شدن با کارهای روزانه اش میشود و سعی نکند بیش از حد توانایی خود اقدام بانجام کارهایی بکند که از تواناییش خارج باشد و او را نومید 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 کار دارند باید دوستانه باشد و تا آنجا که امکان دارد لازمت به او کمک کنند و به کارها و گرفتاریهای او علاقه نشان دهند زیرا او این توجه را

زیرا در بحبوحه و شدت مرض بیمار قادر نیست که آرزوهای مربوط به خودکشی را بمرحله اجرا بگذارد ولی در موقعیکه حالت افسردگی بهتر میشود امکان اجرای آن فزونی میگیرد .

درمان دارویی

۱- داروهای محرك سیستم ریزی : اثر این داروها در افسردگی محدود میباشد . داروهایی از نوع آمفتامین و شبیه آن مانند ریتالین ممکن است اثر مختصری در کنترل افسردگیهای ساده داشته باشند ولی زیان فراوان و عوارض زیاد دارند و در درمان افسردگی شدید فایده ارزش هستند . اغلب هنگامی مؤثرند که افسردگی محدود بیک قسمت از روز باشد مثلاً صبح زود که در اینصورت آمفتامین ممکنست افسردگی را برطرف کند . آمفتامینها داروهای معتادکننده هستند و بمقدار 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 بیمارهای روانی بشمار میرود . این داروها بدودسته تقسیم میشوند :

اول : داروهای که مهار کننده اکسیداسیون منوآمینها « (M.A.O.I) Mono - amine oxidase inhibitor » میباشد .

دوم : داروهای که از نظر ساختمان شیمیائی شبیه به فنوتیازینها میباشد و بطور کلی بنام داروهای تیپ تری سیکلیک گفته میشود که شامل (Imipramine (Tofranil Nortryptiline (Aventyl) - Amitryptiline (Tryptizol) و غیره میباشد .

الف : داروهای مهار کننده اکسیداسیون منوآمین (M.A.O.I) - Tranylcypamine (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 نتایج کلینیکی آن ظاهر گردد .

داروهای دیگر ایندسته مانند (Phenelzine (Nardil و (Nialamide (Niamid - آثار 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 بهبود قابل ملاحظه ای در پایان اینمدت بدست نیاید ادامه آن بی نتیجه خواهد بود .

احتیاط : بعضی از غذاها و آشامیدنیهای که دارای ماده تیرامین

خیلی خوب درک میکنند و پس از بهبود نیز بخاطر خواهد داشت و با حق شناسی از آن یاد خواهد کرد . از بیماران نباید انتظار داشت که مسئولیتهای روزانه خود را انجام دهند مخصوصاً وقتی که افسردگی خیلی شدید است چه در این مرحله قادر به انجام آن نیستند ولی بمحض بهبود 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 . پزشك 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 حذر داشت و درمان طبی را شروع کرد .

شدت بیماری و خطر خودکشی و عوامل اجتماعی امکان پرستاری بیمار در منزل، نکاتی هستند که باید در نظر گرفته شوند تا محیط مناسبی برای بهبود بیمار در بیمارستان یا خانه فراهم آید . در هر حال اگر افکار خودکشی در بیمار وجود دارد بهتر است او را در بیمارستان بستری کرد .

نکته مهم در اداره کردن بیمار ارزیابی نظرات و گفتار اوست . بیمار اغلب میگوید : « من افسرده و غمگین هستم زیرا در بچگی و جوانی احمقانه چنین و چنان کردم » و یا افسردگی 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 ، علائم افسردگی هستند نه علل آن .

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

در بیمارانی که راجع به بی ارزش بودن دنیا و خودکشی حرف میزنند نباید حرفهایشان را نادیده گرفت و باید آنها را از جهات مختلفه آزمایش کرد و تحت بررسی قرار داد . خطر خودکشی معمولاً با شدت رنج بردن بیمار بستگی دارد و با احساس ناشایستگی « Unworthiness » و حقیر شمردن خود و گناه همراه است . بیمار احساس میکند که او دیگر خوب نیست و زندگی چیزی به او نمیدهد و دیگر احتیاجی بوجود او نیست . خطر خودکشی در اشخاص مسن که تنهائندگی میکنند بیشتر است . باید بخاطر سپرد که خطر خودکشی در ابتدای بیماری بیشتر است یعنی قبل از اینکه خطر شناخته و ارزشیابی شده باشد . همچنین باز در موقعیکه بیمار از يك افسردگی شدید رو بهبود میرود خطر خودکشی بیشتر میشود

۱۰-۵ میلی گرم سه بار در روز میباشد. اگر تا ۳-۴ هفته بعد از مصرف دارو بهبود قابل ملاحظه‌ای ظاهر نگردید بایستی آنرا قطع کرد. اگر بعد از قطع داروهای تری سیکلیک بخواهند از داروهای نوع M.A.O.I مصرف گردد باید مدت ۷-۴ روز بعد از قطع دارو شروع نمود.

موارد استعمال آرام کننده‌ها و مسکنها در افسردگی: بیمارانی که علاوه بر افسردگی دارای اضطراب و نگرانی آشکاری میباشند بایستی از داروهای آرام بخش نیز استفاده کنند. باید در نظر داشت که ترکیبات آرام بخش مانند کلرپرومازین (لارگاکتیل) یا داروهایی که اثر آرام کننده و مسکن دارند مانند Diazepam (Valium) و Chlordiazepoxide (Librium) و یا مسکنهایی مانند ترکیبات بسایریتوریک در خود افسردگی تأثیر محسوسی ندارند بلکه برای تسکین ناراحتیهای همراه با افسردگی مانند اضطراب و هیجان مؤثرند.

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

سایر 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 اشتیهای 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 ایجاد هیپو گلیسمی کند و این هیپو-گلیسمی باید با مصرف گلوکز قبل از اینکه اختلالی در هوشیاری بیمار ایجاد کند اصلاح گردد.

وقتیکه تمام روشهای درمانی مؤثر واقع نشوند. کولوتومی پرفرونتال بایستی مورد نظر قرار گیرد بخصوص در افسردگیهای طولانی که توأم با حالات هیجان میباشد. مؤثرترین نتیجه از این نوع درمان جراحی، موقعی حاصل میشود که بیمار قبلاً دارای شخصیت ثابت و متعادل 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 پیشروی میکند و معمولاً با ازدیاد فشارخون همراه میباشد که بر حسب شدت آن نوسان میکند. در بعضی از بیماران گاهی ایجاد خونریزی زیر آراکنوئید میکند.

غذاهایی که باید از آنها پرهیز کرد عبارتند از پنیر، Marmite، باقلا، و مشروبات الکلی. در ضمن باید در مصرف آمینهای سمپاتومیمتیک مانند آمتامین و افدرین احتیاط کرد چون گاهی ازدیاد فشارخون همراه با سردرد بوجود میاید. همچنین از مصرف داروهای مثل Pethidine و سایر نارکوتیکها که اثر مکمل دارند باید خودداری شود. بایستی بخاطر سپرد که داروهای M.A.O.I اثر مکملی با داروهای مسکن و فنوتیازینها و الکل دارند.

چنانچه بعد از مصرف داروهای M.A.O.I لازم شود که داروهای ضد افسردگی نوع تری سیکلیکها داده شود باید ۱۴-۱۵ روز از قطع دارو بگذرد تا تا اثر متضاد آنها جلوگیری گردد. بعضی از روان پزشکان با تجربه دونوع داروی ضد افسردگی را باهم تجویز میکنند و افراد غیر متخصص بایستی در این مورد محتاط باشند.

ب: داروهای ضد افسردگی نوع تری سیکلیک: Imipramine (Tofranil) داروی انتخابی در افسردگیهای نوع آندوژن است. مقدار دارو ۲۵ میلی گرم سه بار در روز به ۵۰ میلی گرم سه بار در روز بعد از یک هفته افزایش مییابد و در اشخاص پیر مقدار کمتری باید داده شود مثلاً ۱۰ میلی گرم سه بار در روز که آنرا باید به ۲۰ 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 تأیید نکرده است. Amitryptiline (Tryptizol) داروی بسیار موثری در افسردگیهای توأم با اضطراب و نگرانی میباشد.

Nortryptiline (Aventyl) داروی مؤثری است در افسردگیهای که با حالت رخوت و سستی و کمبود انرژی همراه باشند. داروی دیگر Protroptiline (Concordin) است که در سه چهار سال اخیر بمصرف میرسد و رجحان آن بر سایر داروهای این دسته هنوز به ثبوت نرسیده است.

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

REFERENCES:

- 1- Clinical psychiatry. Mayer. Gross. Slater & Roth 1969.
- 2- L. Rees 1967. Ashort textbook of P sychiatry 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.