

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) - مرگانینی (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 بزندان شباهت داشتند یک عمر محافظت می‌کردند. بقول هیلارد (۳) هنوز بیست و پنجسال 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 با مقادیر 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 سرلنتی و بینی (۶) و یا از راه تزریق

۱- Seydenham

۲- Morgagni

۳- Hillard. E. T

۴- Von Meduna

۵- Convulsivothérapie

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

مواد شیمیایی مانند کاردبازول (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 بیماریهای روحی (بخصوص جنون جوانی - حالات تحریکاتی و ملانکولی) مفید است با این حال شمار زیادی از مریضهای 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 اینطرف یک رشته داروهای تازه کشف شده که در اکثر امراض روحی مخصوصاً برای حال این گونه مریضهای « 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 نوروپسیکیاتریک شهر نیویورک میتوان این دواها را به ۸ گروه تقسیم کرد.

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

۱-cardiazole

۳-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 آن ها در سالهای اخیر ضمن آزمایش و مطالعه برای کشف داروهای آنتی هیستامینیک (۲) محیطی پیدا شده اند معروفتر بین آن ها لارگاکتیل (۳) یا کلرپرمازین (۴) است .

مهمترین داروهای دیگر متعلق به این گروه عبارتند از:

اسپازین (۵) که کلرپرمازین (۶) ساده است تر یلافون (۷) که جزء دسته فنوتیازین-پی پرازین (۸) است و آن را پر فنازین (۹) هم مینامند و پلژیسیل (۱۰) که بعضی از خواص لارگاکتیل را دارد ولی معایب آن کمتر است و بالاخره پاکاتال یک میازین (۱۱) است و در ایران هنوز پیدا نمیشود.

۳- گروه مهم پروپاندیول دی کاربامات (۱۲) که از همه آن ها مؤثرتر داروهای دسته میروپامات ها (۱۳) من جمله میلتون (۱۴) و اکوانیل (۱۵) و آن ها را ضمناً داروهای «شل کننده مری» (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 آن ها داروئی به اسم اکالو (۲۲) و دوای دیگری بنام اولتران (۲۳) میباشد:

۱ - Phenothiazines	۲ - anti - histaminiques
۳ - Latgactil	۴ - Chlorproma
۵ - Sparine	۶ - Promazine
۷ - Trilafon	۸ - Phenothiazine-Piperazine
۹ - Perphen	۱۰ - Plegicil
۱۱ - Mepazine	۱۲ - Propandiol dicarbamate
۱۳ - Meprobamates	۱۴ - Miltown
۱۵ - Equanil	۱۶ - Relacheur central
۱۷ - Methane diphenylenes	۱۸ - Frenquel
۱۹ - Benactyzine	۲۰ - Atarax
۲۱ - Ataractiques	۲۲ - Acalo
۲۳ - Ultranr	

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 هیدروکلرومیتیل فیل دیلاکتات (۳) که مهمترین معرف آن دارونی است به اسم ریتالین (۴) که برای رفع افسردگی و ملانکولی مفید است .
 ۸- بالاخره گروه هیدروکلرو دوپنزهیدرول (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 آتاراکتیک
 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

قوی الاثر	خفیف
لارگاکتیل	بناکتی زین اسپارین
تریلا فون	اتارا کس پلژ سیل
سریازیل	اکوانیل
پاکاتال	میلتون
	فرنکل

قبل از اینکه راجع به خواص فیزیولوژیکی و فارماکودینامیک 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 | ۳- Hydrochlorure de benz hydrol |
| ۴- Ritaline | ۷- Tranquilisants |
| ۶- Meratran | ۹- Psychotonique |
| ۸- Psychobiotique | |

دو خانواده آرام کننده و روح پرور افکننده و چند نکته کلی را متذکر شویم:
در بیمارانی که مبتلا به نوروز بوده و یافقط دچار اختلالات هیجانی میباشند بدون شك تمام داروهای گروه آرام کننده مؤثر میباشند ولی چون این دو 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 اسکیزوفرنی های مزمن و ریشه دار و حالات تحریکاتی شدید بکاربرد

از نکات قابل توجه موضوع عادت کردن بیمار بداروهای آرام کننده خفیف از نوع مپرو باماتها است که مورد قبول همه روان پزشکان نیست ولی در هر حال بیماری که مدتها مقادیر زیادی از این دو ها را مصرف میکند بایستی 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 امیدداسید لیزرژیک (۲) یا ال.اس.د (۳) و مسکالین (۴) میباشد و دواهای ضد سر و تونین (۵) کشف و مورد تجربه واقع شده اند که بایستی بعلت اهمیت آنها برای فهم مکانیسم بعضی از اختلالهای روانی و طرز تأثیر داروهای نوین از اینجا مورد بحث قرار گیرند و همه میدانند که دی اتیل امیدداسید 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 فارماکوپه 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- Hoffmon

۷- Ergot

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

اما بهتر است که نام «توهم‌زا» را تنها بماده شیمیائی بدهیم که بالاستعمال مقادیر بسیار کم آن شخصی دچار يك 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 با این حال گاهی این واکنش از حیث تابلوی کلینیکی طبی بیک واکنش ، جنون جوانی حاد شباهت پیدا میکند و بهمین جهت امروزه این ماده را در روان پزشکی تجربی برای مطالعه و تحقیق راجع بععل جنون جوانی بکار میبرند. ال.اس.د. اخیراً در روان پزشکی و برای از بین بردن اضطراب و افکار وسواسی خواه تنها خواه همراه باپسیکو تراپی 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 امروز يك 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 مارسالید 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 بالتبلیغه 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 بیماری‌های 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 بوفوتین (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 میآیند مشتقات ایندول دیده شده است کاتابولیت‌های (۳) آدرنالین از قبیل آدرنو کروم (۴) و آدرنو کسین (۵) که گاهی نیز در شیشه‌ها و آمپول‌های محتوی آدرنالین که مدتی مانده باشد دیده میشوند و رنگ محلول آدرنالین را سرخ می‌کنند میتوانند باعث بروز پسیکوزهای 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 بیوت (۸) بدست میآید و از حیث خواص شیمیائی و ساختمان خیلی شبیه آدرنالین است.

گرچه تمام این فرضیه‌ها علت بیماری روحی را آن‌طور که باید و شاید نشان نمیدهند ولی با وجود این از آنجائی که راه را برای تحقیق و مطالعه در فعل و انفعالات شیمیائی و فارماکودینامیکی مغز باز کرده اند جالب و قابل توجه میباشند.

در مقالات آینده ما ضمن شرح خواص شیمیائی و درمانی چند داروی مهم از این علمی که تازه به اسم پسیکوفارماکولوژی (۹) و یا نوروفارماکولوژی (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