

درمان طبیعی افسردگی

این ترجمه را به پدر و مادر عزیزم
تقدیم می‌کنم.
ف. ش

درمان طبیعی افسردگی

سید بائومل

ترجمه فاطمه شاداب

باومل، سید
درمان طبیعی افسردگی / سید بائومل؛ ترجمه فاطمه شاداب. - تهران:
ققنوس، ۱۳۸۰.
۲۹۶ ص.
ISBN: 978-964-311-322-3
فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.
عنوان اصلی: *Dealing with Depression Naturally*.
۱. افسردگی - به زبان ساده. ۲. افسردگی - درمان جایگزین.
۳. افسردگی - درمان. الف. شاداب، فاطمه، مترجم. ب. عنوان.
۶۱۶/۸۵۲۷ RC۵۳۷/۲۷د۴
۱۳۸۰
کتابخانه ملی ایران
۸۰-۹۵۷۶

فهرست

پیشگفتار.....	۷
مقدمه	۹
۱. طرح کلی از افسردگی.....	۱۱
۲. الگویی از افسردگی.....	۱۹
۳. افسردگی خُلقی یا بیماری طبی؟.....	۲۳
۴. مسمومیت خُلقی.....	۳۳
۵. ارتباط با غدد درون‌ریز.....	۵۳
۶. تشخیص‌های متفاوت: شرایط طبی متفاوت که می‌توانند باعث بروز افسردگی شوند.....	۶۱
۷. مکمل‌های غذایی: برخورد آرتومولکولار با افسردگی.....	۷۷
۸. قدرت ویتامین‌ها.....	۸۳
۹. ایجاد تعادل در مواد معدنی به منظور ایجاد تعادل عاطفی.....	۹۱
۱۰. افتراق چربی‌های خوب و بد.....	۹۹
۱۱. اسیدهای آمینه: پیش‌سازهای مواد ضدافسردگی طبیعی.....	۱۰۷
۱۲. استفاده از مکمل‌های تغذیه‌ای.....	۱۲۱
۱۳. کاهش قند خون به صورت واکنشی: اختلالات عاطفی ناشی از مصرف انواع نامناسب شیرینی‌ها و نشاسته‌ها.....	۱۴۳
۱۴. افسردگی حساسیتی.....	۱۵۱
۱۵. راهنمایی برای رژیم غذایی سالم و ضدافسردگی.....	۱۶۳



انتشارات ققنوس

تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری،

شماره ۱۱۱، تلفن ۴۰ ۸۶ ۴۰ ۶۶

* * *

سید بائومل

درمان طبیعی افسردگی

ترجمه فاطمه شاداب

چاپ ششم

۹۹۰ نسخه

زمستان ۱۳۹۵

چاپ شمشاد

حق چاپ محفوظ است

شابک: ۳ - ۳۲۲ - ۳۱۱ - ۹۶۴ - ۹۷۸

ISBN: 978-964-311-322-3

www.qoqnoos.ir

Printed in Iran

۱۶۰۰۰ تومان

۱۶۷	۱۶. گیاهان مفید.....
۱۷۳	۱۷. درمان با هومیوپاتی.....
۱۷۷	۱۸. تاریکی و روشنائی، گرما و سرما: عوامل طبیعی و افسردگی.....
۱۸۵	۱۹. بهبودی با خواب: خواب درمانی و محرومیت از خواب.....
۱۹۱	۲۰. ریتم سلامت بخش: ساعت بدنتان را تنظیم کنید.....
۱۹۷	۲۱. فعالیت بدنی: ورزش؛ باطل السحر غصه‌ها.....
۲۰۵	۲۲. کار بدنی: کار بدنی به منظور آزاد ساختن ذهن.....
۲۱۵	۲۳. پشت سر گذاشتن استرس: آرمیدگی و مراقبه.....
۲۲۹	۲۴. فعالیت بیش تر برای افسردگی کم تر.....
۲۳۵	۲۵. برای خودتان استدلال کنید: شناخت درمانی برای افسردگی.....
۲۴۳	۲۶. حل خلاقانه مسائل برای رفع علل افسردگی.....
۲۵۱	۲۷. طب کلامی: تلقین برای کمک به خود.....
۲۵۹	۲۸. تصور درمانی: روان درمانی به کمک نیروی تصور برای افسردگی.....
۲۶۵	۲۹. تصور درمانی: بُعد اجتماعی افسردگی و درمان آن.....
۲۷۱	۳۰. درمان به وسیله هنر.....
۲۷۹	۳۱. روش های روان درمانی معمول.....
	۳۲. ضدافسردگی های «غیر طبیعی»: داروهای ضدافسردگی و درمان
۲۸۳	با الکتروشوک.....
۲۹۱	۳۳. جمع بندی: برنامه ریزی برای درمان افسردگی.....
۲۹۴	نمایه.....

پیشگفتار

علاقه من به مبحث افسردگی بیش از حد معمول است. من خود افسرده بوده ام و می دانم سال ها کشمکش با افسردگی و این احساس که هیچ چیز نمی تواند کمکی بکند، چه معنایی دارد. همچنین می دانم که یافتن راه های مفید برای مقابله با افسردگی (داروها و ضدافسردگی های طبیعی) یعنی چه. این راه ها و روش ها گاهی مثل یک کلید افسردگی را به کلی خاموش می کنند. اما این کتاب توصیف چگونگی مبارزه من با افسردگی ام نیست. آنچه برای من مفید بوده است، الزاماً برای شما سودمند نخواهد بود. برای همین شما می توانید در این کتاب روش های مختلفی را بیابید و مطمئن باشید که همه ما بالاخره راه حل مناسب را خواهیم یافت.

در این جا به ترتیب از کسانی که مرا در تهیه این کتاب یاری کرده اند، سپاسگزاری می کنم. این افراد مرا در پاسخ گفتن به نامه ها، انجام مصاحبه ها، تهیه منابع، خواندن پیام ها و کارهای دیگر یاری داده اند و به این وسیله از آن ها تشکر می کنم: دکتر جامبور آنانت، ماریون بومل، موریس بومل، دکتر لور برانچی، ماری لین بریس، دکتر تود اتسروف، دکتر آلن گلن برگ، دکتر آبراهام هوفر، دکتر لئو هولیستر، دکتر دیوید هورابین، دکتر ژوزف اف لیپینسکی، دکترممان، دکتر رودی نواک، شرمن پاسکوف، دونالدرادین، دکتر

جاناناتان استوارت، دکتر جان وارسامیس، دکتر برنارد وایس، دکتر خوزه یایورا - توبیاس، دکتر ورونیکاواش و دکتر ریچارد زولتی.

از دوستان، خانواده و همکارانی که عقاید و تجربیاتشان را در مورد افسردگی با من در میان گذاشتند؛ برای صحبت کردن و گوش دادن به حرف‌هایم متشکرم. در انتها از خانم آنا اولسن برای تحمل آنچه در ماه‌های اخیر به خاطر تهیه کتاب بر وی گذشت و نیز از این که مشابه یک ضدافسردگی طبیعی عمل کرد، متشکرم.

مقدمه

تعداد کتاب‌های خوبی که در مورد جزئیات ارتباط بین افسردگی و عوامل محیطی مؤثر نوشته شده است زیاد نیست. به نظر من، این کتاب یکی از بهترین آن‌هاست. نویسنده کتاب قلم خوبی دارد و به خوبی انواع مختلف افسردگی را توصیف کرده است. به علاوه از منابع متعددی استفاده کرده است.

این کتاب ساده است، اطلاعات مفیدی دارد و متعصبانه نگاشته نشده است. من برخورد متعادل با درمان‌های طبیعی و طبی را که در کتاب آمده است، می‌پسندم. خواندن این کتاب حتی برای پزشکان نیز مفید است، چرا که در این کتاب از مراجع علمی پزشکی استفاده شده است. داشتن این کتاب برای پزشکان خالی از فایده نیست.

درمان طبیعی افسردگی حاوی اطلاعات با ارزشی برای خوانندگان است، چه افسرده باشند، چه نباشند. همچنین کتاب خوبی برای دانشجویان پزشکی و روان‌شناسی است.

دکتر آبرام هوفر

من به شدت تحت تأثیر قرار گرفتم. سید باثومل اطلاعات زیادی را به طور ساده در این کتاب خلاصه کرده که خواندنش خالی از لطف نیست.

این کتاب هم برای کسانی که به حرفه پزشکی اشتغال دارند (به خصوص روانپزشکان) و هم برای عامه مردم مفید است. مراجعی که در این کتاب معرفی شده‌اند امکان تحقیق و پژوهش بیش‌تر را برای افرادی که تمایل به این کار دارند، فراهم می‌کند.

دکتر ملوین ر. ورباخ

طرحی کلی از افسردگی

افسردگی یک پاسخ طبیعی انسان است. در واقع وقتی شخص از داشتن چیزهایی که «باید» داشته باشد ناامید می‌شود، دچار افسردگی می‌شود که نوعی عقب‌نشینی است. مسائل بسیاری می‌توانند ما را به این بن بست بکشانند و بسیاری نیز می‌توانند برای گذر از آن مفید باشند.

داروهای ضدافسردگی، بارزترین روش‌های درمانی متداول هستند. اما در واقع روش‌های متعدد دیگری نیز وجود دارند. در این کتاب سعی می‌شود، در کنار داروهای دیگر را که استفاده از آنها بی‌خطرتر و طبیعی‌تر است، از تغذیه گرفته تا ورزش و روان‌درمانی، بیابیم.

اما در ابتدا، در این فصل، نمایی کلی از افسردگی و در فصل بعدی نمونه‌ای از افسردگی ارائه می‌شود تا درک بهتری از افسردگی داشته باشیم.

افسردگی روحی مشابه سرماخوردگی جسمی

اغلب اوقات در مباحث روان‌شناسی و روانپزشکی از افسردگی به عنوان بیماری‌ای مشابه سرماخوردگی یاد می‌کنند. سیزده تا بیست درصد از ما حداقل یک بار دچار افسردگی شده‌ایم یا به عبارت بهتر حداقل حس کرده‌ایم که «اعصابمان خط‌خطی است!» حدود ۲ تا ۳/۵ درصد از ما دچار حالتی هستیم که روانپزشکان آن را افسردگی می‌نامند. گاه به قدری افسرده‌ایم که

انگار از خود و جامعه جدا شده‌ایم، به حدی که عمق درد و دلتنگیمان قابل تصور نیست.

بیماری در ۲/۵ تا ۳ درصد دیگر افراد افسرده، تا این حد شدید نیست، ولی افسردگی خفیف (آنچه روانپزشکان کج خلقی^۱ می‌نامندش)، سال‌ها مثل یک پرده سیاه در برابر زندگی آنان کشیده شده و سبب تحلیل رفتن عزت نفس، از بین رفتن خلاقیت‌ها و کم رنگ شدن لذت‌های زندگی‌شان شده است. از سایر افرادی که دچار افسردگی هستند، بعضی دچار واکنش‌های افسردگی کوتاه و نسبتاً خفیفی در برابر شرایط ناخوشایند می‌شوند (اختلال انطباقی^۲ از نوع افسرده). عده دیگری دچار افسردگی‌های کوتاه مدت راجعه می‌شوند که بیش از یک یا دو هفته طول نمی‌کشد. عده دیگری نیز در مرحله افسردگی اختلال دوقطبی یا اختلال خلقی دوقطبی هستند. حدود یک درصد ما دچار اختلال دوقطبی (آنچه روانپزشکان امروزه آن را شیدایی-افسردگی^۳ می‌نامند) هستیم. در این بیماری شخص به‌طور راجعه و متناوب دچار افسردگی و مرحله مقابل آن یعنی شیدایی^۴ می‌شود. در مرحله شیدایی شخص دچار حالت سرخوشی، فعالیت بیش از اندازه، بزرگ‌منشی و بی‌پروایی می‌شود. کسانی که دچار اختلال ادواری^۵ هستند نیز به تناوب دچار افسردگی خفیف و شیدایی خفیف می‌شوند و بالاخره عده‌ای نیز با عوامل محیطی یا بیولوژیکی مشخصی دچار افسردگی می‌شوند. از جمله این‌ها می‌توان به افسردگی پیش از قاعدگی، افسردگی بعد از زایمان یا بعد از یائسگی و اختلالات خلقی فصلی مثل افسردگی در زمستان یا شیدایی در تابستان اشاره کرد.

اغلب اوقات افسردگی با سایر اختلالات جسمی یا روانی همراه است.

1. dysthymia. 2. adjustment disorder.

3. manic-depressive disorder.

4. mania.

5. cyclothymia.

همراهی افسردگی با اختلالات دیگر اثرات متقابل زیادی دارد. به نظر می‌رسد هر اختلالی، بیماری دیگری را تغذیه می‌کند. اگر افسردگی یا شیدایی نتیجه مستقیم تأثیر یک عامل جسمی باشد، آن را اختلال خلقی عضوی^۱ می‌نامند. با این حال، معمولاً مسائل جسمی فقط بروز افسردگی را جلو می‌اندازند.

انسان‌ها در تمام سنین - حتی بچه‌های کوچک نیز - افسرده می‌شوند. در میان بزرگسالان افسردگی در بین افراد جوان و کهنسال رایج‌تر است. حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان حداقل یک بار دچار افسردگی شدید می‌شوند، در حالی که این میزان در مردان حدود هشت تا دوازده درصد است. سایر انواع افسردگی هم در زنان بیش از مردان دیده می‌شود. تنها اختلال دوقطبی در بین زنان و مردان شیوعی یکسان دارد.

افسرده بودن

منفی‌گرایی انفعالی - ایستایی و در خود فرو رفتن - مشخصه اصلی افسردگی است. در افسردگی شدید، قلب شخص مثل یک حفره، خالی از احساسات و محرک‌های مثبت است. مثل این می‌ماند که روحتان را گم کرده باشید. در نوع روان‌پریشانه افسردگی اساسی^۲ این منفی‌گرایی به صورت هذیانی^۳ شکل می‌گیرد. شخص ثروتمند بر این باور است که ورشکسته شده است، فرد سالم گمان می‌کند در حال مرگ یا حتی مرده است، شخص پرهیزکار خودش را به خاطر گناهان نگفتنی مقصر می‌داند و حتی گاه حس می‌کند که خود شیطان است.

از نظر جسمی، منفی‌گرایی ناشی از افسردگی به شکل خستگی‌پذیری باعث بروز احساس دردهای جسمی و سبب تیرگی شعور می‌شود (به‌طوری

1. organic depressive disorder.

2. psychotic major depression.

3. delusional.

که باعث می شود فرد میانسال، کهنسال به نظر برسد). کسانی که دچار افسردگی اساسی یا نوع روان‌پریشانه آن هستند سرعت حرف زدن، فکر کردن و حرکاتشان بسیار آهسته است و حتی ممکن است گاهی دچار فلج کاتاتونیک^۱ بشوند.

همچنین افسردگی با اختلالات نباتی^۲ همراه است: بی‌خوابی یا پرخوابی، بی‌اشتهایی یا پرخوری، اختلال عملکرد گوارشی (خشکی دهان، سوءهضم، یبوست) و کاهش میل جنسی.

در واقع تصویر مجازی احساس افسردگی، به صورت واقعی سبب بروز اختلال در کلیه اندام‌ها و دستگاه‌های بدن می‌شود. وقتی افسرده‌ایم از هر حیث افسرده شده‌ایم.

گاهی اوقات علائم افسردگی، الگوی مشخصی دارند. شایع‌ترین نوع افسردگی، نوع کلاسیک یا درون‌زا^۳ است. مشخصات این نوع عبارتند از بی‌خوابی نیمه شب یا بیدار شدن زود هنگام، بی‌اشتهایی و کاهش وزن و برداشت ناخوشایند از خویشتن. کسانی که به نوع شدید افسردگی کلاسیک دچارند - که تحت عنوان ملانکولی^۴ مطرح می‌شود - چنان در تیرگی مطلق گرفتار شده‌اند که گویی هیچ چیز مثبتی برایشان وجود ندارد. خلق این افراد، که به طور مشخص صبح‌ها بدتر می‌شود خود به خود شب‌ها بهتر می‌شود.

در مقابل، افسردگی ناجور^۵، با علائم بی‌خوابی سر شب، پرخوابی، پراشتهایی، تمایل به سرزنش افراد به جای ملامت خویشتن مشخص می‌شود. افراد مبتلا به این نوع افسردگی به آسانی تحت تأثیر شرایط قرار می‌گیرند و شب‌ها، احساس افسردگی‌شان بیش‌تر می‌شود.

1. catatonic.

2. vegetative.

3. typical, classic, endogenous.

4. melancholia.

5. atypical.

تاریخچه طبیعی افسردگی

شاید خوش‌بینانه‌ترین نظری که می‌توان در مورد افسردگی گفت این باشد که دوره‌اش بالاخره به پایان می‌رسد. اما متأسفانه، افسردگی مجدداً بروز می‌کند، به خصوص اگر در افراد فامیل فرد مبتلا، سابقه اختلال خلقی دوقطبی یا افسردگی اساسی وجود داشته باشد. گاهی اوقات نیز بیماری سیر مزمن دارد.

افسردگی اساسی، حتی بدون درمان، بعد از گذشت چندین ماه و حتی یک یا دو سال خودبخود بهبود می‌یابد، اگر چه در عده‌ای افسردگی خفیف سال‌ها طول می‌کشد.

افراد مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی، غالب اوقات نه افسرده‌اند و نه شیدا، بلکه در حالت حد واسطی قرار دارند. اما مبتلایانی که در طی سال چند مرتبه به طور متناوب دچار خلق افسرده یا شیدا می‌شوند و نیز کسانی که دچار اختلال خلقی ادواری‌اند مکرراً تغییر حالت می‌دهند.

اختلال خلقی یا کج‌خلق، طبق تعریف سال‌ها طول می‌کشد. در واقع افراد مبتلا به این اختلال در تمام عمر یا اغلب اوقات حداقل به‌طور خفیف دچار افسردگی‌اند.

علل متعدد بیماری

تا مدتی پیش عقیده بر این بود که افسردگی، واکنش تشدید یافته شخص در برابر مشکلات است. اما امروزه مشخص شده که افسردگی چیزی نیست به جز «نوعی عدم تعادل شیمیایی».

اما در واقع هیچ کدام از این نقطه‌نظرها کل ماجرا را دربر نمی‌گیرد. در روانپزشکی امروزی اتفاق نظر بر این است که افسردگی یک اختلال روان‌تنی است که علل متعددی (عوامل روانی - اجتماعی) مسبب آن است. به نظر می‌رسد همه این نکات نمایانگر این مطلب است که افسردگی نیز مثل سایر

بیماری‌ها از قبیل بیماری‌های قلبی، سرطان و... می‌تواند به علل مختلف و با وجود عوامل زمینه‌ساز متفاوتی بروز کند. این عوامل در هر مقطعی از زندگی ممکن است وجود داشته باشند، از کروموزوم‌ها گرفته تا از هم‌پاشیدگی خانه و خانواده. فقدان چیزهای دوست‌داشتنی یا وارد آمدن ضربه‌های جسمی و روحی مطمئناً سبب افسردگی می‌گردند. همه اختلالات جسمی که سبب تحلیل نیروی بدنی، اشکال در خلاقیت، کاهش یا عدم احساس لذت و کاهش تحمل درد می‌شوند، می‌توانند به‌طور غیرمستقیم به بروز افسردگی منجر شوند. همان‌گونه که باورهای ذهنی (مثلاً شکست‌خوردگی، عدم اعتماد به نفس و کمال‌طلبی) می‌توانند شخص را به آسانی به دام افسردگی بیندازند، تفاوت‌های متابولیک ارثی (عدم تعادل شیمیایی) نیز توانایی زیست‌شیمیایی ما را برای سازگاری با شرایط کاهش می‌دهند.

درمان افسردگی

افسردگی قابل درمان است. درمان‌پذیر بودن افسردگی به مراتب بیش از آن است که ما هنگام اسارت در چنگال بیماری تصور می‌کنیم. دو روش درمانی اصلی وجود دارد:

روش اول مبتنی بر تشخیص و درمان اختصاصی علل دخیل در بیماری است. لازم نیست برای درمان، تک‌تک علت‌ها را از بین برد. ما انسان‌ها بر اساس غریزه می‌خواهیم بر ایستایی و رکود ناشی از افسردگی غلبه کنیم، در نتیجه از بین بردن هر عامل زمینه‌ساز می‌تواند در پیروزی بر بیماری مؤثر باشد.

روش درمانی دیگر، استفاده از روش‌های درمانی ضدافسردگی از جمله داروها، مکمل‌های غذایی، ورزش و روان‌درمانی است. درمان‌های ضدافسردگی علل کلی افسردگی از قبیل کاهش اعتماد به نفس و تحلیل

زیست‌شیمیایی را هدف قرار می‌دهد و کمک می‌کند تا وضعیت روانی و جسمی که در اثر افسردگی دچار اختلال شده‌اند، به وضعیت طبیعی برسند. منطق حکم می‌کند که به کارگرفتن توأم هر دو نوع روش درمانی، احتمال حصول بهبودی طولانی‌مدت و رضایت‌بخش را افزایش می‌دهد و این چیزی است که در این کتاب آن را فرا می‌گیریم.

الگویی از افسردگی

طی سال‌هایی که روی این کتاب کار می‌کردم، به طور مستمر و جدی در مورد افسردگی فکر کرده‌ام و بالاخره توانستم الگویی برای افسردگی بیابم که به نظر می‌رسد می‌تواند چگونگی ابتلای ما به افسردگی را توضیح دهد و بالطبع چگونگی از بین رفتن افسردگی را هم تفسیر کند. این مدل که مخلوطی از تئوری‌های شخصی من و سایر تئوری‌های رایج در مورد افسردگی است، به امتحانش می‌ارزد!

بر اساس این مدل، افسردگی به معنای کناره‌گیری از درگیری‌های زندگی همراه با احساس اندوه (احساس ناخوشایند) است که برای بروز آن وجود سه جزء لازم است.

جزء اول **ناخشنودی** است؛ احساس این که چیزی اشکال دارد. ما افسرده نخواهیم شد، مگر این که نکته‌ای در زندگی‌مان وجود داشته باشد که از وجودش راضی نباشیم و آن را به صورت دیگری آرزو کنیم؛ به عبارت دیگر مشکلی داشته باشیم.

به نظر من سه مشکل می‌تواند سبب افسردگی شود: مشکل در داشتن یا تجربه کردن (درد فقدان: «من نمی‌توانم این را تحمل بکنم»); مشکل در عملکرد (شکست، گناه: «من نمی‌توانم خانواده‌ام را تأمین کنم»); و مشکلات مربوط به هویت و موجودیت (خجالت، تصویر منفی از خویشتن: «من خوب نیستم»).

جزء دوم **نامیدی** از امکان حل مشکل است. ما هنگامی افسرده می شویم که احساس کنیم مشکلمان علت نامشخصی دارد، به طوری که برای حل مشکل هیچ کاری نمی توانیم بکنیم.

جزء سوم **ناسازگاری** است. ما توانایی زندگی کردن با این مشکل، کنار آمدن با آن یا نادیده گرفتن و جدایی از آن را نداریم. اگر هنگامی که ناامید می شویم، فقط بتوانیم بگوییم «باشد، می گذرد» و زندگیمان را ادامه دهیم، هیچ گاه افسرده نمی شویم.

در صورت بروز افسردگی، هر کدام از این شرایط روحی تا حدی مسئول این احساسند ولی از آن جا که وجود هر سه عامل برای ایجاد افسردگی الزامی است و نبود هر یک از آن ها مانع بروز افسردگی می شود، در نتیجه حذف یک یا چند جزء می تواند افسردگی را از بین ببرد. این همان هدفی است که با راهکارهای ضدافسردگی در این کتاب آن را دنبال می کنیم. در نتیجه:

- با از بین بردن اختلالات زمینه ساز جسمی، از قبیل: کمبودهای تغذیه ای، اختلالات غدد درون ریز، عدم تعادل عصبی - شیمیایی می توانیم بعضی از عوامل معمول و مرموز ایجاد یا تداوم بروز مشکلات حل نشدنیمان مثل: تحلیل قوای جسمی، اختلال در توانایی حل مشکلات، کاهش پاسخ به محرک های لذتبخش و افزایش حساسیت به محرک های دردآور را حذف کنیم.
- با شرکت کردن در فعالیت هایی که غذای روح و سلامت جسم را تأمین می کنند - مثل: تغذیه خوب، استفاده از مکمل های مناسب، پرهیز از مواد سمی و حساسیت زاء، فعالیت های بدنی و مراقبه^۱ - می توانیم «ماشین حل مسائل» را به حد مطلوب برسانیم و فشارها را بهتر و دلپذیرتر تحمل کنیم.

1. meditation.

طرز استفاده از کتاب

در صفحات بعدی می خواهیم مواد و راهکارهای متعدد ضدافسردگی را مطرح کنیم. به تدریج هنگامی که به انتهای کتاب می رسید، بسیاری از آنچه وقتی برای نخستین بار آن را می خواندید واضح و معنی دار به نظر می رسید، محو یا فراموش خواهند شد. به همین دلیل پیشنهاد می کنم در حین خواندن کتاب یادداشت بردارید (عُرغُر نکنید!)، مباحث های مهم را علامت بزنید، حاشیه نویسی کنید و آنچه را که برای تسهیل درک اطلاعات لازم می دانید انجام دهید. هیچ چیزی را نباید حذف کنید. حتی یک امتیاز بیش تر یا کم تر یا حتی نظر ممتنع برای هر یک از راهکارهای ضدافسردگی می تواند سبب شود که شما بعدها آسان تر به مباحث مورد نظرتان رجوع کنید. بهتر است که برای خودتان یک مقیاس امتیازبندی تعیین کنید مثلاً از +۵ تا -۵ و به هر فصل یا حداقل فصل هایی که به نظرتان ارزش بیش تری دارند امتیاز بدهید: یک بار به احتمال مفید بودن آن روش برای شما و دفعه بعد به میزان تمایلتان برای امتحان آن روش.

- با درک بهتر افکار و احساس هایی که ناخشنودی، ناامیدی و غیرقابل انعطاف بودن ما را تقویت می کنند می توانیم آن ها را از نظر عقلانی، احساسی و تصورات تحت تأثیر قرار دهیم و از آن ها بگذریم. به این ترتیب می توانیم خود را از زندان افسردگی که در آن محبوس شده ایم، رها کنیم.
- با فراگرفتن این نکته که چگونه با مشکلات ناامیدکننده مان خلاقانه و با راهکار مناسب مواجه شویم، گاهی واقعاً می توانیم مشکلات را حل کنیم.

حالا شروع کنیم.

افسردگی خلقی یا بیماری طبی؟

از آنجا که همه بیماری‌ها می‌توانند سبب بروز افسردگی شوند، برای تشخیص افسردگی باید به دنبال سایر علل باشید.

زیگموند فروید

چند سال پیش، محققینی در مرکز پزشکی دانشگاه تگزاس تصمیم گرفتند، روش بدیعی را در مورد صد بیمار روانی که به هر نوع کمکی احتیاج داشتند بررسی کنند. بسیاری از این بیماران در یک بیمارستان روانی ایالتی بستری بودند. بیماران تحت کنترل به مرکز روانی هوستون منتقل شدند. روش طبی جدید در واقع یک روش بسیار قدیمی بود: معاینه دقیق بدنی و بررسی کامل بیمار.

طبق نتایج حاصله، روشی که به کار رفته بود، روش انحرافی نبود. از صد بیمار، بجز بیست نفر، بقیه مبتلا به نوعی بیماری جسمی ناشناخته بودند. تقریباً در نیمی از بیماران (سیزده نفر از سی نفر)، بیماری به‌طور کامل یا نسبی عامل بروز حالت افسردگی بود. طبق گزارش روانپزشک محقق دکتر سی. دبلیو. هال^۱ و همکارانش، از ۴۶ بیمار، در ۲۸ نفر با شروع درمان بیماری، علائم روانی نیز به‌وضوح و به شکل کامل بهبود یافتند. بقیه آن‌ها هم نسبتاً بهتر شده بودند. این نخستین تحقیق نبود که نشان داد تعداد زیادی از بیمارانی

1. C.W. Hall.

که در گروه بیماران روانی جا داده می‌شوند از بیماری‌های ناشناخته جسمی رنج می‌برند و مطمئناً آخرین هم نخواهد بود. بیش از صد وضعیت جسمی وجود دارند که معمولاً در حالت خفیف و بدون ایجاد علامت بالینی می‌توانند سبب بروز افسردگی یا جلو افتادن بروز آن یا حتی سایر نشانگان روانی شوند. از اوایل قرن بیستم، تحقیقات متعددی روی هزاران بیمار روانی انجام شده است که بیانگر همین مطلب بوده‌اند، ولی همچنان توسط پزشکان نادیده گرفته می‌شوند.

فقط بیماران روانی بستری نیستند که بیماری جسمیشان نادیده گرفته شده است، بلکه در بیماران سرپایی نیز همین‌طور است. وقتی دکتر هال و همکارانش، ۶۵۸ مورد بیمار جدید یک کلینیک سرپایی روانی را بررسی کردند، تقریباً ده درصد موارد «یک مسئله طبی داشتند که به نظر می‌رسید به‌طور قطعی یا احتمالی سبب علایم روانیشان شده باشد». بیماران مبتلا به افسردگی مضطرب^۱ (کج خلقی) بدحال‌ترین گروه بودند.

در یک بررسی جامع که در بیمارستان سلطنتی اوتاوا انجام شد، روانپزشکی به نام اروین کوریانی^۲، ۲۰۹۰ بیمار روانی سرپایی را مورد مطالعه قرار داد. حدود نصف بیماران حداقل یک بیماری جسمی جدی داشتند. طبق گزارش او، «اغلب این بیماری‌های جسمی (۶۹ درصد) به‌طور واضح در وضعیت روانی بیمار دخیل بوده‌اند.» در واقع از هر پنج نفر، یک مورد (هجده درصد) فقط به دلیل بیماری جسمی دچار اختلال روانی شده بود. به‌طور معمول، پزشکانی که این بیماران را به مرکز روانی ارجاع داده بودند سی تا پنجاه درصد موارد این اختلالات را نادیده گرفته بودند.

امروز تخمین زده می‌شود که حدود یک سوم تا نصف بیماران افسرده دچار یک اختلال جسمی هستند که علت اولیه افسردگی یا عاملی اساسی در بروز آن است. حدود پنجاه درصد مواقع، درمان این اختلال جسمی سبب

رفع افسردگی می‌شود. معمولاً مبتلایان خود از ابتلا به بیماری بی‌اطلاع هستند.

متأسفانه به رغم وجود تمام این شواهد و به رغم هشدارهایی که در تمام کتاب‌های پزشکی در مورد معاینه دقیق بیماران روانی آمده است، بسیاری از پزشکان هنوز هم شرایط جسمی بیماران را که دچار اختلال روانی شده‌اند، نادیده می‌گیرند. حتی بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی هم گاه از نظر جسمی به‌طور کامل بررسی نمی‌شوند، حتی وقتی معاینات جسمانی انجام می‌شوند، غالباً فقط یک مرتبه و به صورت شتاب‌زده است. بر اساس مطالعات انجام شده «احساس عدم امنیت خاطر» ناشی از عملکرد بد دستگاه پزشکی است.

معاینه بدنی کامل برای افسردگی

معاینه کامل هر بیمار مبتلا به افسردگی شامل سه جزء است: شرح حال و تاریخچه، معاینه بالینی و بررسی‌های آزمایشگاهی.

تاریخچه

«در بسیاری از بیماری‌ها با یک شرح حال دقیق، قبل از انجام معاینات جسمانی و آزمایش‌های لازم می‌توان بیماری را تشخیص داد.» پزشک معالج باید حدود ده تا بیست دقیقه وقت صرف گفتگو با بیمار کند و در مورد جزئیات علایم بالینی، سابقه بیماری، شغل، وضعیت زندگی و هر چیز دیگری که در تشخیص علت افسردگی اهمیت داشته باشد، سؤال نماید.

معاینه بالینی

برخی از پزشکان وقتی در تاریخچه بیمار هیچ نکته مشکوکی وجود نداشته باشد، معاینه بالینی را انجام نمی‌دهند. اما این روشی نادرست است. در یک

1. neurotic depressives.

2. Erwin Koryani.

بررسی در دانشگاه کالیفرنیا جنوبی پس از معاینه بالینی ۷۵ بیمار روانی بستری، یافته‌هایی غیرطبیعی به دست آمد که در تاریخچه بیمار مطرح نشده بودند؛ این یافته‌ها منجر به تشخیص بیماری جسمی زمینه‌ساز افسردگی در نوزده درصد بیماران گردید.

معاینه بالینی شتاب‌زده و غیردقیق مشکلاتی را به دنبال خواهد داشت. در بررسی‌هایی که در تگزاس انجام شده بود، در معاینات سرسری حدود بیست درصد بیماری‌ها تشخیص داده نشده بودند که با معاینات دقیق تشخیص بیماری ممکن شد. معاینه جسمانی مناسب معمولاً حدود پانزده تا بیست دقیقه طول می‌کشد.

بررسی‌های آزمایشگاهی

با بررسی‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص‌هایی را که در حین گرفتن شرح حال بیمار و معاینه بالینی مطرح شده‌اند، ثابت کرد. البته گاهی نیز اختلالات خفیفی در بررسی‌های آزمایشگاهی دیده می‌شوند که با تشخیص کلی بیماری همخوانی ندارند.

در بعضی مطالعات میزان مفید بودن تست‌های آزمایشگاهی به صورت درصد بیان شده است. در بالاترین رده این فهرست بررسی‌های زیست‌شیمیایی خون قرار دارد که سطح چند ماده مهم را در خون اندازه‌گیری می‌کند؛ مثل سطح مواد معدنی، هورمون‌ها، پادتن‌ها و... در مطالعه‌ای که در تگزاس انجام شده است، تنها با آزمایش خون و تجزیه آن بیش از نیمی از بیماری‌هایی که علت بروز اختلالات روانی یا دست کم زمینه‌ساز بروز این علائم بوده‌اند، تشخیص داده شده‌اند. اگر به تجزیه شیمیایی خون شمارش کامل گویچه‌ها را اضافه کنیم، این میزان به ۷۷ درصد می‌رسد. از سایر بررسی‌های تکمیلی که در تعداد کم‌تری از بیماران انجام می‌شود، می‌توان به تجزیه ادرار، نوار قلب و نوار مغز تحت شرایط بی‌خوابی اشاره کرد.

دکتر هال و همکارانش انجام این آزمایش‌ها را در مورد کلیه بیماران روانی توصیه کرده‌اند. تعداد دیگری از پزشکان با این کار موافقت ولی پیشنهاد می‌کنند که آزمایش‌های اضافی دیگری مثل بررسی هورمون‌های تیروئیدی برای تشخیص موارد خفیف کم‌کاری تیروئید (فصل ۵) یا کمبودهای تغذیه‌ای (فصل ۱۲) به این بررسی‌ها اضافه شوند. سی تی اسکن مغز، اگر چه گران قیمت است، ولی تنها وسیله تشخیص تومورهای مغزی است که می‌تواند سال‌ها فقط با علائم روانی تظاهر یابند. در صورت لزوم آزمایش‌های دیگر را هم می‌توان درخواست کرد، مثل: تجزیه خون، ادرار یا مو برای جستجوی مواد شیمیایی سمی و اندازه‌گیری سطح خونی مس و سرولوپلاسمین^۱ برای تشخیص بیماری ویلسون^۲. این آزمایش در بیمارانی که قبل از سی سالگی دچار افسردگی شده‌اند، الزامی است.

به چه کسی باید مراجعه کرد

وقتی افسرده‌اید، هر پزشکی نمی‌تواند با گرفتن شرح حال دقیق یا معاینه بالینی کامل به شما کمک کند. کسانی که برای این کار آمادگی کافی و تجهیزات لازم را دارند شامل روانپزشکان، روانپزشکان زیستی و متخصصین رفتاری هستند. همچنین مراجعه به بخش روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی یا پزشک متخصص داخلی که در زمینه بیماری‌های روانی تجربه کافی داشته باشد، مفید است.

آنچه معاینات کامل طبی می‌توانند آشکار سازند

من در این جا فقط به طور سطحی و گذرا در مورد اطلاعاتی بحث می‌کنم که بررسی طبی کامل می‌تواند در مورد علت (یا علل) افسردگی شما بدهد.

۱. ceruloplasmin: پروتئینی در خون که مسئول حمل مس می‌باشد. - م.

۲. Wilson's disease: بیماری ناشی از تجمع مس در اندام‌های مختلف بدن. - م.

دکتر می پرسد: شما چند سال دارید؟ هر چه سنتان بیش تر باشد، بیش تر در معرض افسردگی ناشی از بیماری های جسمی هستید. با وجود این، یکی از مؤلفان معتقد است: «در صورت شروع علائم روانی در شخص بالای چهل سال، باید علت این علائم، اختلالات عضوی در نظر گرفته شود، مگر خلاف آن ثابت شود.»

آیا سابقه ابتلا به بیماری خاصی را دارید؟ اگر به تازگی دچار سکنه مغزی در نیمکره راست مغز شده اید، احتمالاً به همین علت دچار افسردگی با منشأ عضوی هستید. حتی یک ضربه به سر؛ به خصوص اگر سبب سقوط شده باشد؛ می تواند زمینه ساز بروز نشانگان افسردگی هفته ها یا ماه ها بعد از ضربه باشد. زیرا این ضربه ممکن است سبب خونریزی شود و لخته خون روی مغز (هماتوم زیر پرده مغز)^۱ فشار بیاورد.

آیا قبل از این تحت عمل جراحی دستگاه گوارش قرار گرفته اید؟ اگر پاسخ مثبت است، سوء جذب می تواند سبب کمبودهای تغذیه ای و در نتیجه افسردگی شود.

آیا در فامیل شما سابقه بیماری ارثی وجود داشته است؟ افسردگی ممکن است از علائم اولیه بیماری قند (دیابت)، کم کاری تیروئید، کم خونی بدخیم^۲، لوپوس^۳، داء الرقص هانتینگتون^۴، بیماری سلیاک^۵ یا پورفیری^۶ باشد.

علائم بیماریتان چیست؟ آیا احساس ضعف می کنید؟ اگر این احساس ضعف، بیش از خستگی معمولی باشد، احتمال وجود بیماری جسمی را مطرح می کند. حتی نشانگان خستگی مزمن - یک اختلال افسردگی و دردناک - که با ضعف عضلانی شدید همراه است، معمولاً متعاقب یک

عفونت ویروسی خفیف و مزمن به خصوص به وسیله ویروس اپشتین - بار^۱ ایجاد می شود. البته علائم مشابهی ممکن است قبل یا بعد از بسیاری از عفونت ها از قبیل مونونوکلئوز، تب مالت (ناشی از مصرف شیر غیر پاستوریزه)، سل، هپاتیت عفونی، عفونت ویروسی مغز (انسفالیت)، سیفلیس و ایدز بروز کنند. نشانگان خستگی مزمن ممکن است ناشی از مسمومیت های شیمیایی، کمبودهای تغذیه ای، حساسیت های مختلف، بیماری های غدد درون ریز یا سایر بیماری ها باشد.

آیا دچار ناتوانی جنسی شده اید؟ ممکن است بر اثر افسردگی باشد. البته ممکن است ناشی از یک بیماری جسمی باشد که علاوه بر افسردگی سبب ناتوانی جنسی نیز شده است؛ بیماری هایی از قبیل: اسکروز مولتیپل^۲، کم خونی، واکنش در برابر داروهای مختلف یا دیالیز و (به خصوص) بیماری قند.

عطش شدید یا سطح بالای کلسیم خون ممکن است تنها علامت نوعی بیماری غدد درون ریز یعنی پرکاری غده پاراتیروئید (هیپر پاراتیروئیدیسم)^۳ باشد. این بیماری سال ها قبل از تشخیص می تواند سبب افسردگی یا اختلالات ذهنی شود.

تغییر رنگ خود به خودی پوست و برنزه شدن آن بدون قرار گرفتن در معرض آفتاب یا چراغ های مخصوص سالن های آرایش، علامت مهمی از بیماری آدیسون^۴ است. این بیماری ناشی از نارسایی غده فوق کلیوی است و با افسردگی همراه است. تیرگی پوست معمولاً در چین های کف دست، اطراف هاله پستان ها یا مناطقی از بدن که تحت فشار لباس یا زیورآلات هستند، بارزتر است. یکی دیگر از علائم ویژه و منحصر به فرد سکسکه است.

1. Subdural hematoma.

2. Pernicious anemia.

3. Lupus.

4. Huntington's chorea.

5. Celiac disease.

6. Porphyria.

1. Epstein-Barr virus 2. multiple sclerosis. 3. hyper parathyroidism.
4. Addison disease.

صورت گرد، رویش موهای صورت (در خانم‌ها)، چاقی غیرطبیعی و یک برجستگی در پشت گردن^۱، همگی علائم وجود تومور مترشحه استروئید است که نشانگان کوشینگ^۲ نامیده می‌شود. نشانگان کوشینگ در ابتدا غالباً سبب می‌شود شخص جسور، دچار حالت تهاجمی و گاهی شیدایی شود، اما به تدریج حدود یک سوم مبتلایان دچار افسردگی عمیقی می‌شوند که گاه حتی با خودکشی همراه است.

بثورات روی صورت که در اصطلاح بثورات پروانه‌ای^۳ نامیده می‌شوند و روی بینی و گونه‌ها گسترش می‌یابند، در واقع امضای بیماری لوپوس اریتماتوز^۴ است. این بیماری نوعی اختلال خودایمنی است که معمولاً خانم‌های جوان را مبتلا می‌کند. این بیماری سبب درد مفاصل و انواع علائم روانی می‌شود.

درد شدید قسمت فوقانی شکم که به پشت تیر می‌کشد می‌تواند ناشی از تومور بدخیم و نادر لوزالمعده باشد. مبتلایان معمولاً پنجاه تا هفتاد ساله‌اند و به شدت افسرده به نظر می‌رسند. سایر علائم عبارتند از کاهش شدید وزن، بی‌خوابی غیرقابل کنترل، سابقه بیماری قند یا الکلیسم و هراس از ابتلا به یک بیماری مرگبار.

خواب رفتن دست و پاها و احساس گزگز و مورمور شدن می‌تواند ناشی از آسیب‌های عصبی متعاقب مسمومیت شیمیایی یا کمبودهای ویتامینی باشد. شنیدن صداهای مختلف ممکن است فقط ذهنی باشد، اما اگر چیزی را می‌بینید، می‌بویید یا حس می‌کنید، تقریباً همیشه مشکلی در قعر وجود خود دارید. نوعی از صرع که آن را صرع موضعی کمپلکس^۵ می‌نامند، یک علت این توهم‌هاست. صرع لوب تمپورال یکی از انواع برجسته این صرع‌هاست.

1. buffalo hump. 2. Cushing's syndrome.

3. butterfly-shaped rashes.

4. lupus erythematosus.

5. Partial complex seizure.

در این نوع صرع به جای حرکات تشنجی، حمله صرع به صورت اختلالات حسی، عاطفی، فکری یا تکانه‌ای است - بوییدن بوهایی که واقعاً وجود ندارند، احساس‌های بی‌ربط یا تکانه‌هایی که از جایی منشأ نمی‌گیرند و حتی تجربه درزا و^۱ و ژامه و^۲ (احساس این که شما جایی را که پیش از این هیچ‌گاه آن‌جا نبوده‌اید یا قبلاً ندیده‌اید می‌شناسید). بسیاری از افراد مبتلا به صرع به جریان‌های صوفیانه عرفانی یا فلسفی می‌پیوندند و به‌نظر می‌رسد که دچار اختلالات متعدد شخصیتی هستند. تعدادی از آن‌ها با روش‌های غیرمتعارف خودکشی می‌کنند و غالباً به‌طور اشتباه برای آن‌ها تشخیص افسردگی مطرح می‌شود. در بررسی تگراس که توسط هال و همکارانش انجام شد، از سی بیمار افسرده سه نفر دچار صرع موضعی پیچیده بودند. بهترین روش تشخیصی گرفتن نوار مغز با استفاده از هادی بینی - حلقی^۳ بعد از یک شب بی‌خوابی است.

حرکات لرزشی یا عدم هماهنگی حرکات در یک فرد جوان ممکن است علامتی زودرس از بیماری ویلسون باشد. این بیماری، نوعی اختلال ژنتیکی است که سبب می‌شود مس در مغز و سایر اندام‌ها جمع شود. معمولاً این علائم به اشتباه روانی تشخیص داده می‌شوند. یک علامت خوب تشخیصی، وجود حلقه‌ای قهوه‌ای رنگ در اطراف قرنیه چشم است.

شخص مسنی که افسرده است و هنگام راه رفتن پایش را روی زمین می‌کشد، ممکن است دچار نوعی بیماری مغزی باشد که اصطلاحاً آن را هیدروسفالی با فشار طبیعی^۴ می‌نامند؛ این بیماری با جراحی قابل درمان است.

اگر سفیدی چشم‌هایتان را هاله‌ای آبی‌رنگ پوشانده است، ممکن است دچار افسردگی ناشی از کمبود آهن باشید.

1. dogma vu. 2. jamais vu. 3. nasopharyngeal lead.
4. normal pressure hydrocephalus.