





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
دانشکده طب سنتی

تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی و بررسی اثر بخشی فراورده سنتی گیاه
اسطوخودوس (*Nepeta menthoides*) در مقایسه با یک داروی رایج ضد افسردگی
(سرتالین)
در درمان بیماری افسردگی اساسی

توسط:

سپیده کلوری

جهت اخذ درجه دکترای PhD در رشته طب سنتی ایرانی

اساتید راهنما:

جناب آقای دکتر علی فیروز آبادی

جناب آقای دکتر علیرضا صالحی

جناب آقای دکتر محمد مهدی زرشناس

اردیبهشت ۱۳۹۵

به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
دانشکده طب سنتی

عنوان:

تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی و بررسی اثر بخشی فراورده سنتی گیاه
اسطوخودوس (*Nepeta menthoides*) در مقایسه با یک داروی رایج ضد افسردگی
(سرترالین)
در درمان بیماری افسردگی اساسی

توسط:

سپیده کلوری

پایان نامه ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به عنوان
بخشی از فعالیت‌های تحصیلی لازم برای اخذ درجه دکتری PhD

در رشته ی:

طب سنتی ایرانی

گروه طب سنتی / دانشکده طب سنتی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

شیراز- ایران

ارزیابی و تصویب شده توسط

- ۱- جناب آقای دکتر علی فیروز آبادی؛ دانشیار گروه اعصاب و روان (استاد راهنما)
- ۲- جناب آقای دکتر علیرضا صالحی؛ استادیار گروه طب سنتی (استاد راهنما)
- ۳- جناب آقای دکتر محمد مهدی زرشناس؛ استادیار گروه داروسازی سنتی (استاد راهنما)
- ۴- جناب آقای دکتر حسین رضایی زاده؛ استادیار گروه طب سنتی (استاد مشاور)
- ۵- جناب آقای دکتر محمد هاشم پور؛ استادیار گروه طب سنتی (استاد داور)
- ۶- جناب آقای دکتر آرش مولا؛ استادیار گروه اعصاب و روان (استاد داور)

اردیبهشت ۱۳۹۵

تقدیم به:

❖ روح پر فتوح پدرم که به من آموخت تا چگونه در عرصه زندگی، ایستادگی را تجربه نمایم

❖ مادر عزیز و مهربانم که در راه آموزش درست زیستن به من و رشد و بالندگی، از هیچ کمکی فروگذار نکرده و دعای خیرش همیشه زمینه‌ساز موفقیت‌م بوده و خواهد بود، انشا... .

❖ همسر با گذشت و فداکارم که با صبوری و چشم پوشی، در مسیر زندگی حامی همیشگی‌ام بوده و خواهد بود، انشا... .

❖ برادران عزیزم که همواره باعث دلگرمی من در تمام مراحل زندگی‌م بوده‌اند و خواهند بود، انشا... .

بانشکر و پاس فراوان از:

❖ استاذ محترم راهنمایم، جناب آقایان دکتر فیروز آبادی؛ دکتر صالحی و دکتر زرنشاس که بابر دباری و پشتیبانی

بی دریغ خود، در به سرانجام رساندن هر چه با کیفیت ترین پایان نامه مرایاری رسانیدند.

❖ استاذ محترم داور، جناب آقای دکتر هاشم پور. و جناب آقای دکتر مولا که با سه صدر وقت ارزشمندشان را

در اختیار گذاشتند و پیشنهادهای ارزنده ای ارائه فرمودند.

❖ جناب آقایان دکتر حیدری؛ دکتر مساوات که با راهنمایی های خود من رایاری نمودند.

❖ جناب آقای دکتر علی سلیمانی که در انجام تحلیل آماری این پایان نامه من رایاری نمودند.

❖ هم رشته ای ما محترم طب سنتی که همواره پشتیبان و راهنمای اینجانب بودند.

❖ و تمامی استادی که در این سال با به رشد و اعتلای طب سنتی ایران کمک شایانی کردند.

تاییدیه صحت پایان نامه

بسمه تعالی

اینجانب سپیده کلوری دانشجوی رشته طب سنتی مقطع تحصیلی PhD به شماره دانشجویی ۹۰۱۲۱۸۶۰۰۲ تایید می‌نمایم که کلیه‌ی نتایج این پایان نامه، حاصل کار اینجانب و بدون هر گونه دخل و تصرف است و موارد نسخه برداری شده از آثار دیگران را با ذکر کامل مشخصات آورده‌ام. در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق، به تشخیص دانشگاه مطابق با ضوابط و مقررات حاکم (قانون حمایت از حقوق مولفان و مصنفان و قانون ترجمه و تکثیر کتب و نشریات و آثار صوتی، ضوابط و مقررات آموزشی، پژوهشی و انضباطی ...) با اینجانب رفتار خواهد شد و حق هر گونه اعتراض در خصوص احقاق حقوق مکتسب و تشخیص و تعیین تخلف و مجازات را از خویش سلب می‌کنم. در ضمن، مسئولیت هرگونه پاسخگویی به اشخاص، اعم از حقیقی و حقوقی و مراجع ذی صلاح (اعم از اداری و قضایی)، بر عهده‌ی خودم خواهد بود و دانشگاه هیچ مسئولیتی در این باره نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی دانشجو: سپیده کلوری

امضا و تاریخ:

مجوز بهره برداری از پایان نامه

حق برداشت نسخه برداری (به هر روش) چه از متن کامل یا از استخراج‌ها، تنها با هماهنگی استاد راهنما و نویسنده‌ی ثبت شده و بر اساس دستورالعمل ارائه شده توسط کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز امکان پذیر است (جزئیات از طریق کتابخانه دانشکده‌ی مربوط قابل دسترسی است). تکثیر نسخه‌های بیشتر، به هر شکل از کپی‌های موجود، بر اساس این دستورالعمل بدون اجازه‌ی کتبی استاد راهنما و نویسنده، امکان پذیر نیست. مالکیت حقوق معنوی ذکر شده در این پایان نامه، متعلق به دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. در صورت هرگونه توافق قبلی بر خلاف این مالکیت با شخص سوم، امکان استفاده‌ی بدون اجازه‌ی کتبی دانشگاه که شرایط چنین توافقی را تعیین می‌نماید، مجاز نمی‌باشد. استفاده از پایان نامه در مقاله‌ها یا هر نوشته‌ی علمی دیگری، منوط به ذکر منبع و با رعایت ضوابط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

چکیده

مقدمه: افسردگی بیماری شایعی است که به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین عامل ناتوان کننده ناشی از بیماری به شمار آید. عوارض جانبی ناشی از درمان‌های کنونی باعث عدم پذیرش مناسب درمان می‌گردند و این باعث اقبال مردم به سمت طب جایگزین و مکمل شده است که طب سنتی ایرانی هم شاخه ای از آن محسوب می‌شود.

هدف: تبیین درمان بیماری افسردگی در طب سنتی ایرانی و مقایسه اثر بخشی گیاه نپتا منتوئیدس با یک داروی ضد افسردگی رایج (سرتالین) در درمان بیماری افسردگی اساسی.

روش کار: در بخش مروری نسخ معتبری از پنج تن از دانشمندان صاحب نام طب ایرانی را در ذیل مباحث هم؛ غم و مالیخولیا مورد بررسی قرار دادیم؛ توصیه‌های درمانی جمع بندی شده و به صورت پروتکل درمانی آورده شد. در بخش دوم یک کارآزمایی بالینی دو سویه کور تصادفی سازی شده برای ۷۲ بیمار دارای افسردگی اساسی طراحی شد. به بیماران به طور تصادفی سرتالین و یا فراورده نپتا منتوئیدس به مدت چهار هفته داده شد. بیماران در هفته‌های ۴؛۲؛۰ و دو هفته بعد از اتمام مداخله یعنی در هفته ۶ از نظر نمرات پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک و نیز عوارض دارویی شایع مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: در بخش مروری خروج خلط سودای اضافی در کنار اصلاح سبک زندگی و سپس تقویت اعضای درگیر روش کلی درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی بود. در بخش کارآزمایی بالینی نپتا منتوئیدس در مقایسه با سرتالین کاهش بیشتری در شدت افسردگی و اضطراب بیماران در طول درمان نشان داد. بعلاوه عود کوتاه مدت و عوارض جانبی آن هم کمتر بود. محتوای فنل و فلاونوئید موجود در فراورده گیاهی به ترتیب:

GAE/g 127.09 ± 0.43 و QE/g 16.93 ± 0.09 بود.

نتیجه گیری: نپتا منتوئیدس می‌تواند در کنترل خلق افسرده و اضطراب در بیماران با افسردگی اساسی موثر باشد. در طب سنتی ایرانی درمان‌های متعددی برای افسردگی وجود دارد و این افق روشنی را پیش روی محققین می‌گشاید.

کلمات کلیدی: طب سنتی ایرانی؛ تاریخ پزشکی؛ مالیخولیا؛ نپتا منتوئیدس؛ افسردگی اساسی؛ گیاه درمانی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فهرست جدول	س
فهرست شکل ها	ع
فهرست نمودارها	ف
فصل اول: مقدمه	۱
۱- افسردگی	۲
۱-۱- تاریخچه و اپیدمیولوژی	۲
۱-۲- تیولوژی	۳
۱-۳- پاتوفیزیولوژی	۴
۱-۳-۱- عوامل زیست شناختی	۴
۱-۳-۱-۱- بی نظمی در آمینهای بیولوژیک	۴
۱-۳-۱-۲- عوامل مربوط به محورهای عصبی - غددی	۴
۱-۳-۱-۳- عوامل توارثی و ژنتیکی	۴
۱-۳-۱-۴- عوامل روانی - اجتماعی	۵
۱-۴- افسردگی اساسی	۶
۱-۵- درمان	۸
۱-۵-۱- درمان های رایج	۸
۱-۵-۳- تعریف پاسخ به درمان و بهبود	۹
۱-۵-۴- انتخاب درمان برای شروع	۹

۱۰	۱-۵-۵- معایب درمان‌های دارویی رایج
۱۰	۱-۵-۶- علت استفاده از طب مکمل و جایگزین
۱۱	۱-۶- گیاهان از جنس نپتا (Nepeta)
۱۱	۱-۶-۱- کلیات
۱۲	۱-۶-۲- فارماکولوژی
۱۳	۱-۶-۳- اسطوخودوس (Nepeta menthoides Boiss&Buhse)
۱۵	۱-۷- اهداف و فرضیات
۱۵	۱-۷-۱- اهداف طرح
۱۵	۱-۷-۱-۱- اهداف کلی (Goals)
۱۵	۱-۷-۱-۲- اهداف اختصاصی (Objectives)
۱۶	۱-۷-۱-۳- هدف کاربردی (Purpose)
۱۶	۱-۷-۲- فرضیات

فصل دوم: مروری بر مطالعات گذشته ۱۸

۱۹	۲-۱- تعریف اعراض نفسانی
۲۱	۲-۲- تعریف چند واژه
۲۳	۲-۳- اهمیت موضوع اعراض نفسانی
۲۴	۲-۴- تقسیم بندی اعراض نفسانی از دیدگاه طب سنتی ایرانی
۲۴	۲-۵- تحریکات نفسانی و آثار آن بر بدن
۲۵	۲-۵-۱- غم و آثار آن بر بدن
۲۹	۲-۵-۱-۲- اسباب شدت و خفت غم

۳۱	 ۲-۵-۱-۳-اسباب خاصه مُعَدّه غم
۳۱	 ۲-۵-۲-همّ
۳۲	 ۲-۵-۱-۲-تفاوت همّ و غم
۳۲	 ۲-۵-۲-۲-بیماریهایی که از همّ عارض می‌شوند
۳۳	 ۲-۵-۲-۳-نظر رازی در مورد همّ و غم
۳۳	 ۲-۵-۳-درمان غم
۳۵	 ۲-۵-۴-درمان همّ
۳۵	 ۲-۵-۵-مالیخولیا
۳۷	 ۲-۵-۵-۱-درمان مالیخولیا

فصل سوم: مواد و روش کار ۳۸

۳۹	 ۳-۱-مواد کار
۳۹	 ۳-۱-۱-کپسولهای فراورده سنتی
۳۹	 ۳-۱-۲-کپسولهای داروی استاندارد (سرترالین)
۴۰	 ۳-۲-روش کار
۴۰	 ۳-۲-۱-طرح کلی انجام مطالعه
۴۰	 ۳-۲-۱-۱-بخش مروری تاریخی
۴۰	 ۳-۲-۱-۲-بخش کارآزمایی بالینی
۴۰	 ۳-۲-۲-تعیین مقدار فنل و فلاونوئید
۴۱	 ۳-۲-۳-نمونه گیری
۴۲	 ۳-۲-۳-۱-شرایط ورود به مطالعه

- ۴۳ شرایط خروج از مطالعه ۲-۳-۲-۳
- ۴۳ ابزار و فرایند جمع آوری اطلاعات ۴-۲-۳
- ۴۳ فرم ثبت مشخصات بیماران ۱-۴-۲-۳
- ۴۴ پیامدها ۲-۴-۲-۳
- ۴۴ پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم ۱-۲-۴-۲-۳
- ۴۵ پرسشنامه اضطراب بک ۲-۲-۴-۲-۳
- ۴۵ پرسشنامه عوارض دارویی شایع ۳-۲-۴-۲-۳
- ۴۶ پرسشنامه تعیین مزاج ۴-۲-۴-۲-۳
- ۴۶ نحوه مداخله ۳-۴-۲-۳
- ۴۶ نحوه کور سازی مطالعه ۴-۴-۲-۳
- ۴۷ روش‌های آماری به کار گرفته شده ۵-۴-۲-۳
- ۴۸ ملاحظات اخلاقی ۳-۴-۲-۳

۴۹ فصل چهارم: نتایج.....

- ۵۰ افسردگی از منظر طب سنتی ایرانی ۱-۱-۴
- ۵۰ مقایسه علائم غلبه سودا با افسردگی اساسی ۲-۱-۴
- ۵۱ درمان‌های ذکر شده در طب سنتی ایرانی ۳-۱-۴
- ۵۲ توصیه‌های کلی ۱-۳-۱-۴
- ۵۲ پرهیزات ۲-۳-۱-۴
- ۵۳ پروتکل درمانی ۳-۳-۱-۴
- ۵۳ رطوبت بخشی ۱-۳-۳-۱-۴

- ۴-۱-۳-۲- نکته مهم توجه به گوارش بیماران ۵۴
- ۴-۱-۳-۳- استفراغ خلط سودا ۵۴
- ۴-۱-۳-۴- برخی داروهای به کار رفته در مالیخولیا ۵۵
- ۴-۱-۳-۴-۱- تعدادی داروهای مرکبه که با درمان مالیخولیا مرتبط هستند ۵۵
- ۴-۱-۳-۴-۲- تعدادی از داروهای مفرده که با درمان مالیخولیا ارتباط دارند ۵۶
- ۴-۲- کار آزمایی بالینی سنجش اثر عصاره آبی فریز درای شده نیپتا منتوئیدس (اسطوخودوس) در مقایسه یا سرتالین در درمان افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی: ۷۴

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری ۸۵

- ۵-۱- توضیح کلی مساله ۸۶
- ۵-۲- مقایسه با مطالعات پیشین ۸۷
- ۵-۳- مزایای این مطالعه ۹۰
- ۵-۴- محدودیتهای مطالعه ۹۱
- ۵-۵- نتیجه گیری و افقهای پیش رو: ۹۳

پیوستها ۹۴

- پیوست ۱- فرم مشخصات بیماران شرکت کننده در طرح ۹۵
- پیوست ۲- فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی ۹۶
- پیوست ۳- پرسشنامه استاندارد افسردگی بک ۹۸
- پیوست ۴- پرسشنامه استاندارد اضطراب بک ۱۰۱
- پیوست ۵- رایج ترین عوارض داروهای ضد افسردگی و اسطوخودوس ۱۰۲

پیوست ۶- پرسشنامه ۱۰ سوالی تعیین مزاج ۱۰۳

منابع ۱۰۴

چکیده به انگلیسی ۱۱۳

صفحه مشخصات پایان نامه به انگلیسی ۱۱۴

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول شماره ۴-۱ مقایسه علایم غلبه سودا با افسردگی اساسی (۸۸).....	۵۱
جدول ۴-۲ مشخصات تعدادی از مفردات به کار رفته در درمان مالیخولیا به همراه نام علمی آنها.....	۵۷
جدول ۴-۳ مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران در بدو ورود به مطالعه	۷۶
جدول ۴-۴ مقایسه نمرات افسردگی و اضطراب بک در دو گروه نپتا و سرتالین در ابتدای مطالعه	۷۷
جدول ۴-۵ مقایسه مزاج بیماران در دو گروه نپتا و سرتالین در شروع مطالعه.....	۷۸
جدول ۴-۶ مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه نپتا و سرتالین در هفته‌های ۰، ۲ و ۴	۷۸
جدول ۴-۷ مقایسه تفاضل نمرات افسردگی بک هفته ۶ و ۴ در دو گروه نپتا و سرتالین.....	۷۹
جدول ۴-۸ مقایسه تفاضل عوارض موجود در هفته ۴ و ۰ بین دو گروه نپتا و سرتالین	۸۰
جدول ۴-۹ مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه اضطراب بک در دو گروه نپتا و سرتالین در هفته‌های ۰، ۲ و ۴ ..	۸۱
جدول ۴-۱۰ مقایسه تفاضل نمرات اضطراب بک هفته ۶ و ۴ در دو گروه نپتا و سرتالین	۸۲
جدول ۴-۱۱ مربوط به منحنی کالیبراسیون استاندارد بر اساس گالیک اسید.....	۸۲
جدول ۴-۱۲ ارزیابی محتوای فنلی موجود در فراورده نپتا.....	۸۳
جدول ۴-۱۳ ارزیابی محتوای فنلانونوئیدی موجود در فراورده نپتا.....	۸۴
جدول ۴-۱۴ ارزیابی میزان کلی خواص آنتی اکسیدانی و محتوای فنل و فلاونوئید موجود در فراورده نپتا.....	۸۴

فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۴-۱ ارزیابی ورود و خروج و نیز پیگیری بیماران در طول کارآزمایی بالینی	۷۵
شکل ۴-۴ منحنی کالیراسیون استاندارد بر اساس گالیک اسید	۸۳
شکل ۴-۵ منحنی کالیراسیون استاندارد بر اساس کوئرتستین	۸۴

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۴ روند تغییرات دو گروه در طول ۶ هفته مطالعه در شدت معیار افسردگی بک	۷۹
نمودار ۳-۴ روند تغییرات دو گروه در طول ۶ هفته مطالعه در شدت معیار اضطراب بک	۸۱

فصل اول

مقدمه

۱- افسردگی

۱-۱- تاریخچه و اپیدمیولوژی

در یونان باستان همانند طب سنتی ایرانی مکتب اخلاطی در طب حکمفرما بود و بیماری را ناشی از عدم تعادل در اخلاط چهارگانه بدن می‌دانستند و نوع شخصیت هر فرد را نیز وابسته به خلط غالب بر بدن آن فرد می‌دانستند. (۱) واژه مالیخولیا Melancholia اولین بار توسط بقراط^۱ برای توصیف بیماری با علائم جسمی و روانی خاص شامل ترس؛ دلسردی؛ افسردگی؛ غم؛ هذیان و وسواس بکار برده شد. این واژه ترکیبی از کلمات یونانی Melas به معنای سیاه^۲ و Khole به معنای صفرا^۳ بود. (۲) اگرچه واژه مالیخولیا مفهوم گسترده تری نسبت به واژه افسردگی امروز را در بر می‌گرفت. (۳) ابتدا پزشکان ایرانی و بعد از آن پزشکان جهان اسلام در دوران طلایی اسلام به طور گسترده تری بر روی مالیخولیا کار کردند. (۴) در قرن ۱۱ بوعلی سینا مالیخولیا را با مفهومی نزدیک به افسردگی از دسته بیماری‌های خلقی در نظر گرفت و بیان داشت که در این بیماری فرد ممکن است شکاک شده و حتی به گونه‌هایی از ترس هم بینجامد. (۵)

واژه "Depression" بر گرفته از کلمه لاتین "Deprimere" به معنای به پایین فشردن شدن^۴ اولین بار در قرن ۱۴ به معنای کاهش در روح و مطیع بودن^۵ به کار برده شد (۶) و کم بکارگیری آن در سطوح مختلف حتی فیزیولوژی و اقتصاد افزایش یافت. (۷) ولی اولین کاربرد آن به عنوان یک واژه روانپزشکی در سال ۱۸۵۶ بود و در حدود سال ۱۸۶۰ به عنوان یک واژه پزشکی؛ وارد لغتنامه‌های پزشکی شد و معنایی معادل با کاهش عملکرد احساسی در زمینه‌های مختلف فیزیولوژیک و متافوریک داشت. (۸)

1 Hippocrates

2 Dark or black

3 Bile

4 Press down

5 To subjugate or to bring down in spirits

با وجود اینکه مالیخولیا همچنان جایگاه خود را حفظ کرده بود ولی کم کم استفاده از واژه “Depression” در حیطه پزشکی افزایش یافت تا اینکه در اواخر قرن ۱۹ به عنوان کلمه‌ای هم معنی با مالیخولیا شناخته شد. (۹)

“Depression” یا افسردگی بیماری شایعی است که احساسات؛ افکار؛ رفتار فرد و به طور کلی کیفیت زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. (۱۰) در زنان از هر پنج نفر و در مردان از هر ده نفر یک نفر در طول حیات خود به این بیماری مبتلا می‌شود و شیوع آن در زنان ۳-۱/۵ برابر مردان گزارش شده است. (۱۱)

افسردگی بیشتر خود را در سنین ۲۹-۱۸ سالگی نشان می‌دهد (۱۱) که بهترین سالهای باروری در یک فرد محسوب می‌شود و با توجه به افت عملکردی که در اثر ماهیت این بیماری ایجاد می‌گردد و نیز با توجه به اثرات آن بر روی پتانسیل کاری افراد به از جمله افزایش ساعات غیبت از کار (۱۲) و نیز با در نظر گرفتن درصد بالای خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بویژه افسردگی می‌تواند بار اجتماعی- اقتصادی- روانی زیادی را برای بیمار و افراد خانواده اش و حتی برای جامعه ایجاد نماید. (۱۳، ۱۴)

تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به عنوان دومین عامل ناتوان کننده ناشی از بیماری بعد از بیماری قلبی خواهد بود. (۱۵-۱۷) در ایران نیز شیوع افسردگی ۲/۹۸ گزارش شده و نسبت ابتلای زنان به مردان ۱/۵ برابر بوده است. (۱۰)

۱-۲- اتیولوژی

اگر چه علت دقیق بیماری افسردگی کاملاً شناخته شده نیست ولی عوامل متعددی از جمله عوامل بیولوژیک؛ نوروفیزیولوژیک؛ ایمنونولوژیک؛ هورمونا؛ ژنتیک و عوامل روانی- اجتماعی را در تعامل با هم در این بیماری دخیل می‌دانند. (۱۸-۲۰)

۳-۱- پاتوفیزیولوژی

علل افسردگی را می‌توان در سه گروه اصلی مورد بحث قرار داد :

۱-۳-۱- عوامل زیست شناختی

۱-۳-۱-۱- بی‌نظمی در آمینهای بیولوژیک

بویژه سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین از عوامل دخیلند. کاهش آنها در بدن، در

پاتوفیزیولوژی افسردگی مؤثر شناخته شده است. (۱۱)

۲-۱-۳-۱- عوامل مربوط به محورهای عصبی - غددی

محور غده فوق کلیه، تیروئید و نیز هورمون رشد از مسیرهای مهم درگیر هستند. بین

ترشح زیاد کورتیزول (از غده فوق کلیه) و یا کاهش فعالیت غده تیروئید با بروز افسردگی روابط

مستقیمی دیده شده است. همچنین ترشح هورمون رشد در هنگام خواب در بیماران افسرده

کمتر از حالت طبیعی گزارش شده است. اشکال در ریتم‌های شبانه روزی و وجود اختلال در

سیستم لیمبیک، هسته‌های قاعده ای و هیپوتالاموس مغز از سایر موارد مطرح درباره علت

افسردگی هستند؛ مثلاً در نوار مغزی زمان خواب تعدادی از بیماران افسرده اختلالاتی مشاهده

شده است.

۲-۳-۱- عوامل توارثی و ژنتیکی

نقش این عوامل بسیار مهم شناخته شده است. وابستگان درجه اول بیماران مبتلا به

اختلال افسردگی اساسی، ۲-۳ برابر جمعیت عادی، مستعد ابتلا به این بیماری هستند. یکسان

بودن میزان ابتلا دو قلوهای تک تخمکی پرورش یافته در یک محیط یا دو محیط جداگانه خود

تاییدی بر نقش مهم عوامل ژنتیکی در این بیماریست. در صورت ابتلای یکی از والدین، احتمال

ابتلای فرزندان ۲۵٪ و در صورت ابتلای هر دو، ۷۵-۵۰٪ می‌باشد. طریقه توارث این اختلالات هنوز به درستی شناخته نشده است. (۱۱، ۲۱)

۳-۳-۱- عوامل روانی-اجتماعی

این عوامل در پیدایش اولین حمله بیماری بسیار سهم مهمی دارند. مهمترین عامل مرتبط با ایجاد افسردگی در آینده، از دست دادن یکی از والدین قبل از سن ۱۱ سالگی و بیشترین عامل استرس زای محیطی، مرگ همسر شناخته شده است. اختلال افسردگی در طبقات نابسامان، افراد فاقد روابط اجتماعی مطلوب و نیز اشخاص جدا شده یا طلاق گرفته بیشتر است. مشکلات زناشویی، شغلی و سایر عوامل زمینه ساز محیطی، به عنوان عوامل مستعد کننده و یا تسریع بخش در بروز این اختلال شناسایی شده اند. فقدان روابط صمیمانه و اطمینان بخش بین فردی؛ آسیب پذیری بیشتری در برابر عوامل استرس زا ایجاد می‌کند. همچنین مسائلی مانند از دست دادن افراد نزدیک، سرپرستی چند فرزند، شرایط اقتصادی نامناسب و ازدواجهای بدون حمایت و پشتوانه، همگی در بروز این بیماری تاثیر گذارند چرا که غالب اختلالات افسردگی به دنبال رویدادهای استرس زای زندگی بروز می‌کنند. (۲۲)

یکسری علل طبی، عصبی و دارویی نیز می‌توانند با بروز علایم افسردگی همراه گردند البته منشاء اصلی افسردگی در این موارد بیماری زمینه ای مربوطه و یا داروی استفاده شده می‌باشد و با رفع آن افسردگی بیمار هم رفع می‌شود؛ که در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌گردد:

- اختلالات عصبی : حوادث عروقی مغز، دمانس، صرع، هیدروسفالی، پارکینسون، MS،

ضربه و ...

-اختلالات غددی: اختلالات غده فوق کلیه، غده تیروئید یا پاراتیروئید، مرتبط با

قاعدگی، پس از زایمان و ...

-علل طبی : سرطان ها (به خصوص پانکراس و دستگاه گوارش)، بیماری‌های قلبی و ریوی، کمبود ویتامین‌های گروه B و... .

-علل دارویی : مسکن ها، ترکیبات ضد التهابی، آنتی بیوتیک ها، داروهای ضد فشار خون، داروهای قلبی، داروهای شیمی درمانی، هورمون ها و ..

-برخی اختلالات روانی: اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی، اختلالات غذا خوردن (بی‌اشتهایی و یا پرخوری عصبی)

برخی موارد مانند وجود علایم سایکوز، سابقه بستری‌های طولانی و متعدد در بیمارستان روانپزشکی، نداشتن سابقه خانوادگی با ثبات، فعالیت اجتماعی غیر مطلوب در ۵سال اول شروع بیماری، وجود اختلال شخصیت قبل از بیماری، وجود بیماری روانی همراه، شروع سنی دیر هنگام بیماری و نیز سوء مصرف الکل یا مواد و نیز داشتن جنسیت مذکرپیش آگهی افسردگی را بدتر می‌کند. (۲۳)

۱-۴- افسردگی اساسی

اگر علائم بیماری افسردگی شامل: کاهش خلق یا کاهش علاقه یا لذت به همراه چهار یا بیشتر از موارد زیر باشد مثل کاهش وزن بدون رژیم خاص؛ اختلال خواب؛ آریتاسیون یا کندی روانی؛ خستگی و از دست دادن انرژی؛ احساس بی ارزشی یا گناه خاص؛ کاهش قدرت تفکر؛ تمرکز و یا تصمیم گرفتن؛ مکرراً تفکرات مرگ داشتن و یا برنامه ریزی برای خودکشی داشتن و یا اقدام به آن حداقل برای دو هفته وجود داشته باشد؛ افسردگی اساسی قلمداد می‌شود. که البته شدت علائم باید به حدی باشد که از لحاظ اجتماعی؛ شغلی و یا عملکردی برای فرد مشکلاتی ایجاد کند. این اختلال را یا خود بیمار و یا اطرافیان آن اذعان می‌کنند و این علائم نباید مربوط به عوارض دارویی و یا عوارض جانبی ناشی از یک بیماری دیگر مثل کمکاری تیروئید باشد.

ضمناً بیماری‌های روانپزشکی دیگر مثل اسکیزوافکتیو؛ اسکیزوفرنیا؛ اسکیزوفرنیفرم؛ اختلالات هذیانی و یا اختلالات سایکولوژیک دیگر نیز نباید توجه کننده علائم بیمار باشند و در هیچ دوره ای از بیماری مانیا یا هیپومانیا وجود نداشته باشد. (۱۱، ۱۸)

دوره‌های این بیماری به زیر گروه‌های: همراه با اضطراب؛ همراه با عوامل ترکیبی؛ آتیپیک؛ سایکوتیک؛ کاتاتونیک؛ پری پارتوم^۱ و فصلی تقسیم بندی می‌شود؛ این بیماری بسیار عود کننده بوده و بعد از یک دوره از آن؛ امکان تکرار آن در طی دو سال ۴۰٪ و بعد از دو دوره اتفاق افتادن؛ امکان تکرار آن در ۵ سال آینده ۷۵٪ می‌باشد. (۲۴)

از نظر شدت افسردگی اساسی خود به خفیف؛ متوسط و شدید تقسیم بندی می‌شود. در شکل خفیف تا متوسط هیچگونه افکار خودکشی یا دیگر کشی وجود ندارد و یا اگر هم افکاری وجود داشته باشد به نظر آنقدر با اهمیت نیستند که ریسک خطری برای بیمار محسوب شوند. در بیماری با شدت خفیف تا متوسط به هیچ وجه علائم سایکوتیک مثل هالوسیناسیون^۲ (توهم) یا دیلوژن^۳ (هذیان) و اختلال قضاوت در بیمار نباید وجود داشته باشد و اطمینان از عدم آسیب رسانی به خود و یا دیگران وجود دارد. (۱۱)

1 Prepartum
2 Hallucination
3 Delusion

۱-۵- درمان

۱-۵-۱- درمان‌های رایج

در طب آلوپاتیک روش‌های متعددی از قبیل درمان دارویی؛ درمان روانشناختی؛ ترکیبی از این دو و در موارد شدیداً مقاوم استفاده از شوک الکتریکی به عنوان روش‌های درمانی شناخته شده اند. (۱۸، ۲۵) اگر چه هنوز هم درمان‌های دارویی به عنوان خط اول درمان شناخته می‌شوند.

درمان‌های دارویی مورد استفاده شامل داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین^۱ (SSRIs)؛ مهارکنندگان بازجذب سروتونین و نور اپینفرین^۲ (SNRIs)؛ تعدیل کننده‌های سروتونین^۳؛ ضد افسردگی‌های سه و چهار حلقه ای^۴ (TCAs, TeCAs)؛ مهار کنندگان مونوآمین اکسیداز^{۱۱} (MAOIs) و ضد افسردگی‌های اتیپیک می‌باشند.

خط اول درمان در بین این داروها مهارکنندگان اختصاصی بازجذب سروتونین می‌باشند. داروهای شایع این گروه سیتالوپرام؛ ای سیتالوپرام؛ فلوکستین؛ فلووکسامین؛ پاروکستین و سرتالین می‌باشد. داروهای گروه مهارکننده سروتونین و نور اپینفرین شامل: دس ونلافاکسین؛ دلوکستین؛ میلناسیپران و ونلافاکسین است. تعدیل کنندگان سروتونین شامل: نوازودون؛ ترازودون و ویلازودون و ضد افسردگی‌های سه و یا چهار حلقه ای شامل: آمی تریپتیلین؛ آموکساپین؛ کلومیپیرامین؛ دزی پیرامین؛ دوکسپین؛ ایمپیرامین؛ ماپروتلین؛ نورتریپتیلین؛ پروتریپتیلین؛ تریمیپیرامین می‌باشند.

1 Specific serotonin reuptake inhibitors

2 Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors

3 Serotonin modulators

4 Tri/Tetra cyclic Antidepressants

مهار کنندگان مونوآمین اکسیداز^۱ شامل: ایزوکربوکسازید؛ فنلزید؛ سلژنین؛ ترانیل سیپرومین و داروهای گروه آتیپیک شامل: آگوماتین؛ بوپروپیون و میرتازاپین می‌باشند. (۱۸، ۲۵، ۲۶)

گاهی داروهای دیگر نیز جهت بهبود اثر بخشی به داروهای فوق اضافه می‌شوند مانند ضد اضطرابها، ثبات دهنده‌های خلق و داروهای محرک. (۱۸)

۱-۵-۳- تعریف پاسخ به درمان و بهبود

تعریف دو عبارت پاسخ به درمان و بهبود در فهم بهتر اثربخشی درمان کمک فراوانی می‌کند که در اینجا آورده شد:

پاسخ به درمان زمانی گفته می‌شود که علائم اولیه بیمار بیش از ۵۰٪ کاهش یافته باشد. بهبودی با توجه به نحوه ارزیابی بیماران از طریق پرسشنامه‌های مختلف زمانی اطلاق می‌شود که امتیاز بیمار در پرسشنامه مربوطه از نقطه مرزی بین سلامت و بیماری (Cut off point) پایین تر باشد. (۲۶)

۱-۵-۴- انتخاب درمان برای شروع

در فرم خفیف بیماری بین اینکه درمان اولیه دارو باشد یا درمان‌های روانشناختی اختلاف نظر وجود دارد. ولی در فرم متوسط بیماری درمان ترکیبی دارو و درمان روانشناختی موثرتر شناخته شده (۲۷، ۲۸)؛ هر چند علی رغم این نکته به دلیل سهل الوصول تر بودن درمان‌های دارویی اغلب این روش به تنهایی به عنوان خط اول درمان قرار می‌گیرد. (۲۹)

اینکه درمان در افسردگی می‌تواند به صورت فردی برای بیماران در نظر گرفته شود نظریه ایست که در سالهای اخیر به آن پرداخته شده است. به نظر می‌رسد در انتخاب درمان

1 Monoamine oxidase inhibitores

باید به شاخصهای دموگرافیک و اجتماعی؛ شاخصهای بالینی بیماری اعم از علائم و الگوی بیماری و عوارض ناشی از آن و مارکرهای بیولوژیک (تفاوتهای تصویربرداری سیستم عصبی و تفاوتهای ژنتیکی هر فرد) اهمیت داده شود. (۳۰، ۳۱)

۱-۵-۵- معایب درمان‌های دارویی رایج

اگر چه داروهای ضد افسردگی کنونی بسیار در درمان موثرند ولی به دلیل عوارض جانبی از جمله اختلال عملکرد جنسی، اختلالات گوارشی، اثر بر روی سیستم عصبی مرکزی (اختلالات خواب، اضطراب، عوارض اکسترا پیرامیدال)، علایم عمومی چون سرگیجه تهوع و... که بسته به گروه دارویی متفاوت است، منجر به پایین آمدن پذیرش توسط بیماران و نیز تاخیر در بهبود آنان می‌شود و از طرفی هم می‌دانیم که افسردگی و دیگر اختلالات روانی اگر به خوبی درمان نشوند عواقب مهمی می‌توانند داشته باشند، برای مثال خودکشی که یک مشکل مهم در سلامت عمومی محسوب می‌شود؛ هر سال ۳۰۰۰۰ خودکشی در آمریکا و ۱۰۰۰۰۰۰ خودکشی در کل جهان اتفاق می‌افتد؛ در آمریکا خودکشی هشتمین علت مرگ محسوب شده و افسردگی اساسی در ۵۰٪ این خودکشی‌ها دخیل است (۳۲)

۱-۵-۶- علت استفاده از طب مکمل و جایگزین

با توجه به علایم این بیماری که منجر به کاهش کارایی فردی و اجتماعی بیمار می‌گردد (۳۳) و نیز با توجه به اینکه عدم درمان و یا بی توجهی به آن می‌تواند منجر به عواقب ناگواری گردد؛ به نظر می‌رسد که بار این بیماری بر جوامع زیاد باشد. این موضوع پژوهش درباره درمان‌های قابل پذیرش تر؛ با عوارض جانبی کمتر را می‌طلبد.

امروزه تمایل به استفاده از طب مکمل و جایگزین در بین مردم رواج یافته بویژه در بیماری‌های روان این افزایش بسیار قابل توجه بوده است. یکی از شاخه‌های مهم این طب

استفاده از گیاهان دارویی برای درمان بیماریهاست که مورد توجه بسیاری از مردم بوده است. در طب سنتی ایرانی هم در درمان بسیاری از بیماریها از داروهای گیاهی بهره گرفته می‌شود که البته با گیاه درمانی صرف متفاوت است چون این مکتب یک مکتب اخلاطی است که مبتنی بر اخلاط چهارگانه است (خون، صفرا، بلغم، سودا) و به هم خوردن تناسب این اخلاط را دلیل ایجاد بسیاری از بیماریها می‌داند، و با توجه به غلبه اخلاط برای هر فرد مزاج خاصی را قائل شده و برای بیماری‌های گوناگون و حتی برای داروها هم مزاج قائل است و با در نظر گرفتن تمامی این عوامل درمان را برای بیماری خاص مختص به هر فرد ارائه می‌کند. (۳۴-۳۷)

۱-۶- گیاهان از جنس نپتا (Nepeta)

۱-۶-۱- کلیات

گیاهان از جنس نپتا از خانواده لامیاسه^۱ گروه بزرگ ۲۵۰-۳۰۰ گونه ای را شامل می‌شوند که قلمرو بزرگی را در نواحی غرب آسیا؛ غرب هیمالیا و به ویژه مناطقی چون ایران؛ عراق؛ ترکیه و هندوکوش به خود اختصاص داده اند. (۳۸-۴۰) تقریباً حدود ۷۵ گونه از این جنس در ایران به ثبت رسیده که بیشتر آنها بومی خود ایران می‌باشند. (۴۱) بیشترین بخش مورد استفاده این گیاهان اندام هوایی آنها می‌باشد که برای مصارف طبّی در طب سنتی ایرانی مورد استفاده قرار می‌گرفته است. (۴۲)

گونه‌های نپتا سرشار از ترکیبات متنوعی چون فلاونوئیدها (اپیزنین^۲؛ لوتئولین^۳؛ جنک وانین^۴؛ ایزوتیموزین^۵؛ سیرسیماراتین^۶؛ کوئرستین^۷)؛ ترکیبات فنلیک اسید و ترپنوئیدها هستند.

-
- 1 Lamiaceae
 - 2 Apigenin
 - 3 Luteolin
 - 4 Genkwanin
 - 5 Isothymosin
 - 6 Cirsimaritin
 - 7 Quercetin

مطالعات گذشته بر روی ترکیبات موجود در اسانس گونه‌های نپتا مهمترین ترکیبات موجود در اسانس آنها را دی آسترو ایزومرهای نپتولاکتون یا ۸۱ سینئول گزارش کرده اند.(۴۰)

۱-۶-۲- فارماکولوژی

کاربردهای فارماکولوژیک زیادی برای گونه نپتا شناخته شده از جمله: ضد اسپاسم؛ دیورتیک؛ خلط آوری؛ ضد سرفه؛ ضد آسم؛ ضد عفونی کننده؛ ضد چربی؛ ضد اضطراب و آنتی اکسیدان بودن.(۴۳) بیشترین خواص فارماکولوژیک این گیاهان مربوط به ترپنوئیدها و فلاونوئیدهای موجود در آنها می باشد.(۴۴) هر چند خواص آنتی اکسیدانی این گیاهان بیشتر به رزمارینیک اسید^۱؛ کافئیک اسید^۲ و لوتئولین موجود در آن نسبت داده شده (۴۵) اگرچه برخی مقالات ترکیبات پلی فنلی مانند فلاونوئیدها؛ سینامیک اسید^۳؛ کومارین ها^۴؛ توکوفرول^۵ و فنلیک اسید^۶ را مسئول خواص آنتی اکسیدانی این گیاهان می دانند.(۴۶)

-
- 1 Rosmarinic acid
 - 2 Caffeic acid
 - 3 Cinnamic acid
 - 4 Coumarin
 - 5 Tocopherol
 - 6 Phenolic acid

۱-۶-۳- اسطوخودوس (*Nepeta menthoides* Boiss&Buhse)

نپتا منتوئیدس یکی از گونه‌های نپتا است که به عنوان اسطوخودوس در بازار گیاهان دارویی ایران فروخته می‌شود. در طب بومی (Folk medicine) ایرانی از این گونه برای دردهای شکمی؛ به عنوان آرامبخش؛ برای رفع دردهای استخوانی؛ در فشار خون بالا؛ در بیماری‌های عصبی؛ در روماتیسم و نیز برای تصفیه خون استفاده می‌شود. (۴۷)

در کتب طب سنتی ایرانی از جمله در قانون بوعلی سینا و کامل الصنعه اهوازی اسطوخودوس به طور گسترده ای در بیماری‌های نورولوژیک و روانپزشکی (مثلا در مالیخولیا) به عنوان تقویت کننده اعصاب و آرامبخش مورد استفاده قرار می‌گرفته است. (۳۶، ۴۸) در کتاب قانون بوعلی سینا انواع مختلفی از بیماری مالیخولیا ذکر شده است که فرم دماغی (مغزی) آن بسیار شبیه به بیماری افسردگی امروزی می‌باشد. (۴۹)

اسطوخودوس به عنوان یک عنصر کلیدی در ترکیبات داروهای مرکبه مربوط به آرامبخشها و در فرمولاسیونهای ترکیبی داروهای مربوط به بیماری‌های اعصاب و روان در منابع طب سنتی ایرانی استفاده می‌شده است. (۵۰، ۵۱)

در کتب دارویی طب سنتی ایرانی اسامی دیگر آن را به عربی «ضرم»؛ به عربی سوری (سریانی) «سحاوس» و به هندی «دهارو» آورده اند. خود کلمه اسطوخودوس یونانی بوده و به معنی حافظ ارواح شناخته شده است. طبیعت آن گرم و خشک درجه اول و یا به گفته بوعلی سینا و برخی دیگر از طبیبان چون ابن تلمیذ؛ درجه گرمی آن اول است ولی درجه خشکی آن را دوم شناخته اند. و تقویت کننده کل بدن؛ قلب؛ دماغ (مغز) و احشاء دانسته شده است. آنچه که بسیار تاکید شده؛ اثر اختصاصی این گیاه بر روی دماغ و تقویت آن است. در بیماری‌های دماغی مثل رعشه؛ دوار؛ سدر؛ سقطه؛ پاکسازی ذهن و برای بیماریهایی چون مالیخولیا؛ جنون؛ نسیان؛ جمود؛ شخوص و وسواس سوداوی مفید دانسته شده و برای از بین

بردن غم و اندوه بدلیل استفراغ^۱ سودا و پاکسازی مغز از فضولات و دفع رطوبات سست کننده (باله) از مغزو اعصاب نافع بوده و باعث تقویت و تسخین (گرم کردن) مغزو اعصاب می گردد. در کل در طب سنتی ایرانی اسطوخودوس را به عنوان جاروب دماغ از کل فضولات ردیته بلغمی و بازکننده (مفتح) سدد و مقوی تمامی قواها می دانند. (۵۲، ۵۳) اثرات ضد دردی؛ بی حسی؛ تحریک کننده شناخت؛ بازسازی کننده اعصاب و اثرات محافظت کنندگی از اعصاب این گیاه در مطالعات حیوانی متعددی به اثبات رسیده است. (۴۰، ۵۴)

۱ استفراغ در طب سنتی ایرانی به هر گونه روش خروج خلط یا اخلاط از بدن اعم از قی کردن؛ اسهال؛ تعریق؛ ادرار آوردن؛ خون گرفتن و حتی دفع منی اطلاق میشود.

۷-۱-اهداف و فرضیات

۱-۷-۱-اهداف طرح

۱-۷-۱-۱-اهداف کلی (Goals)

تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی و تعیین اثر گیاه اسطوخودوس (*Nepeta menthoides* Boiss & Bohse) در درمان افسردگی اساسی و مقایسه آن با داروی

سرتالین

۱-۷-۱-۲-اهداف اختصاصی (Objectives)

اهداف اختصاصی به شرح ذیل در نظر گرفته شدند:

- ۱- تعیین اثر فراورده سنتی گیاه اسطوخودوس در درمان افسردگی بر اساس معیارهای بک
- ۲- تعیین اثر داروهای رایج ضدافسردگی سرتالین در درمان افسردگی بر اساس معیارهای بک
- ۳- تعیین اثر بخشی فراورده سنتی اسطوخودوس در مقایسه با داروی رایج ضد افسردگی سرتالین در درمان افسردگی بر اساس معیارهای بک
- ۴- تعیین میزان بازگشت علائم افسردگی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از فراورده سنتی اسطوخودوس بر اساس معیارهای بک
- ۵- تعیین میزان بازگشت علائم افسردگی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از داروی رایج ضد افسردگی سرتالین بر اساس معیارهای بک
- ۶- تعیین میزان بازگشت علائم افسردگی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از فراورده سنتی اسطوخودوس در مقایسه با قطع داروی رایج ضد افسردگی سرتالین بر اساس معیارهای بک
- ۷- تعیین اثر داروی رایج ضدافسردگی سرتالین بر اضطراب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بر اساس معیارهای بک

۸- تعیین اثر بخشی فراورده سنتی اسطوخودوس بر اضطراب بیماران مبتلا به افسردگی
اساسی بر اساس معیارهای بک

۹- تعیین اثر بخشی فراورده سنتی اسطوخودوس در مقایسه با داروی رایج ضد اضطراب
سرتالین بر اضطراب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بر اساس معیارهای بک

۱۰- تعیین میزان بازگشت علائم اضطرابی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از فراورده سنتی
اسطوخودوس بر اساس معیارهای بک

۱۱- تعیین میزان بازگشت علائم اضطرابی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از داروی رایج ضد
افسردگی سرتالین بر اساس معیارهای بک

۱۲- تعیین میزان بازگشت علائم اضطرابی بیمار دو هفته بعد از قطع استفاده از فراورده سنتی
اسطوخودوس در مقایسه با قطع داروی رایج ضد افسردگی سرتالین بر اساس معیارهای بک

۱۳- تعیین عوارض دارویی فراورده سنتی اسطوخودوس در درمان بیماران با افسردگی اساسی
و مقایسه آن با عوارض متداول مهار کننده‌های بازجذب سروتونین

۱-۷-۳- هدف کاربردی (Purpose)

استفاده از گیاه اسطوخودوس به عنوان یک داروی کم عارضه تر در درمان افسردگی

۱-۷-۲- فرضیات

فرضیات در نظر گرفته شده شامل موارد ذیل بودند:

۱- فراورده سنتی گیاه اسطوخودوس در درمان افسردگی بر اساس پرسشنامه بک اثر خواهد
داشت.

۲- اثر بخشی فراورده سنتی اسطوخودوس با داروی رایج ضد افسردگی (سرتالین) بر اساس
پرسشنامه بک تفاوت خواهد داشت.

۳- فراورده سنتی گیاه اسطوخودوس بر اضطراب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بر اساس

پرسشنامه بک اثر خواهد داشت.

۴- اثر بخشی فراورده سنتی اسطوخودوس با داروی رایج ضد افسردگی (سرتالین) بر اضطراب

بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بر اساس پرسشنامه بک تفاوت خواهد داشت.

۵- فراورده سنتی گیاه اسطوخودوس باعث عوارض جانبی کمتری نسبت به داروی رایج ضد

افسردگی (سرتالین) در بیماران با افسردگی اساسی خواهد داشت.

فصل دوم

مروری بر مطالعات گذشته

همان گونه که در بخش مقدمه آورده شده است یکی از اهداف این پایان نامه تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی می باشد که از یک مطالعه مروری کتابخانه ای به دست آمده است. برای پی بردن به آن باید ابتدا دریافت آیا بیماری افسردگی معادلی در طب سنتی ایرانی دارد یا خیر.

۲-۱- تعریف اعراض نفسانی

طبق نظر حکمای ایرانی حالات روحی و روانی که به آن اصطلاح اعراض نفسانی را لقب داده اند؛ بسیار سریع می توانند ارواح؛ قوا؛ افعال و حتی مزاج انسان را تحت تاثیر قرار دهند. از نظر ایشان برای ایجاد هراتر یا بهتر بگوییم هر مسبب به سبب یا اسبابی نیاز است و اگر تندرستی را یک مسبب بدانیم؛ به اسبابی نیاز دارد که در طب سنتی آن را سته یا ششگانه ضروری می خوانند که شامل هوا؛ خوردنیها و آشامیدنیها؛ خواب و بیداری؛ حرکت و سکون؛ احتباس و استفراغ (نگه داشتن مواد ضروری در بدن و دور ریختن مواد غیر ضروری از آن) و اعراض نفسانی می باشند. (۵۵) اثر هر یک از این ضروریات بر بدن احتیاج به زمان دارد. از بین این شش اصل ضروری آنکه نقش خود را سریعتر از بقیه ایفا می کند همین اعراض نفسانی است. همانطور که همه ما بارها شاهد بوده ایم؛ تاثیر یک سخن دل نشین و یا نا خوشایند را می توان به سرعت در حالات ظاهری فرد دید که این دال بر قویتر بودن این سبب نسبت به سایر اسباب است. (۵۶) در کتاب قانون ابن سینا این قدرت تاثیر سریع حالات روحی بر بدن آمده است و مثال آن را انسانی زده که به بیماری عشق دچار است و بدلیل اثر اعراض نفسانی دچار عوارض بدنی مثل کاهش وزن؛ رنگ پریدگی؛ بیماری های مزمن و صعب العلاج و تب های طولانی شده است و در ادامه تاثیر درمانی این اعراض را هم آورده که همین فرد پس از دیدن معشوق خود سلامت بدنیش باز گشته و بیماریها از تن وی رخت بر بسته اند و این خود نشانه مطیع بودن تن آدمی از پندارهای روانی است. (۳۶)

حکمای ایرانی به تسلط روان بر تن آدمی و اینکه با تسلط بر این حالات روانی و واکنش صحیح نسبت به حوادث می‌توان به سلامت جسم کمک کرد وقوف کامل داشته‌اند و نیز آورده‌اند که اطبا باید از سودمندی و نیز ضرر حالات روحی و روانی اطلاع داشته باشند تا بتوانند به بیمار کمک کرده و بر بیماری غلبه کنند. در کتاب اغراض الطبیه فی مباحث العلائیه آمده است که «باید دانست که بر طبیب واجب است که منفعت و مضرت اعراض نفسانی را به درستی بشناسد از بهر آن که شناختن آن و تدبیر حاصل کردن و دفع کردن هر یک اصلی بزرگ است اندر نگاه داشتن تندرستی و باز داشتن بیماری». (۵۶)

همانند جسم؛ اخلاط ؛ بیماریها و داروها حالات روانی افراد هم دارای مزاج هستند. شناخت مزاج حالات روانی به پیش بینی تاثیر حالات مختلف در افراد متفاوت کمک می‌کند. مثلاً غم و اندوه که دارای مزاج سرد و خشک است در فرد با مزاج سرد و خشک می‌تواند منجر به بیماری شود ولی همین حالات در فردی با مزاج گرم و تر ممکن است عارضه ای ایجاد نکند و یا عارضه با شدت کمتر ایجاد کند و در مورد هیجان و نگرانی بالعکس است.

اغلب حالات روحی روانی دارای اجزاء روان شناختی و فیزیولوژیک هستند؛ مثلاً اضطراب دارای اجزاء شناختی؛ بدنی؛ احساسی و رفتاری است. (۵۷) ترس هم همین حالات را ایجاد می‌کند؛ با این تفاوت که اضطراب لزوماً به یک محرک خارجی نیاز ندارد و در اثر تهدید هایی که ممکن است قابل کنترل و یا اجتناب نباشند؛ ایجاد می‌شود در حالیکه ترس حتماً به یک محرک خارجی نیاز دارد. (۵۸)

۲-۲- تعریف چند واژه

جوهر: چیزی که وجودش قائم به ذات خود است.

عرض: چیزی که مقابل جوهر باشد یعنی چیزی که قائم به چیز دیگری باشد مانند رنگ بر جامه؛ رنگ عرض و جامه جوهر حساب می‌شود. (۵۹، ۶۰) عرض به خودی خود دوام ندارد و برای وجود داشتن احتیاج به موضع و محلی دارد. (۶۱)

نفس: معادل جان و روح در نظر گرفته شده است. (۶۱-۶۴) برخی نفس را اجسام لطیف قائم به ذات خود که در اعماق بدن جاریست؛ می‌دانند که در آن تبدیل شدن یا تحلیل رفتن وجود ندارد و بقای آن منجر به حیات و جدایی از آن منجر به ممات است. برخی اقوال نفس را به عنوان جزء جدایی ناپذیر در دل دانسته‌اند و برخی آن را قوتی دانسته‌اند در دماغ (مغز)؛ که شروع حس و حرکت از اوست. برخی دیگر از حکما بر این عقیده‌اند که نفس؛ قوه نیست بلکه روحی است در دماغ؛ که صلاحیت قبول حس و حرکت را دارد. (۶۵) نفس در تعریف طبی به مجموعه حالات روانی که خاصیت ادراکی؛ انفعالی و افعالی دارند گفته می‌شود. در حقیقت نفس جوهر است. جوهری توانمند که بدن را به کار می‌گیرد؛ حقیقت و ذات آدمیست و اندامها و قوای بدن در افعال آلات اویند. (۶۶)

قوه: از دیدگاه فلاسفه قوه مبدء فعل است. (۶۷) قوا از دیدگاه طب سنتی به سه بخش تقسیم می‌شود: طبیعی؛ حیوانی؛ نفسانی افعالی که از روی شعور انجام می‌شوند مربوط به قوای نفسانی هستند و آنهایی که اینگونه نیستند؛ اگر فقط مخصوص حیوان باشند؛ قوه حیوانی و اگر عام باشند؛ قوه طبیعی نامیده می‌شوند. تقسیم بندی کلی قوا از حوصله این بحث خارج است ولی قوه نفسانی که منظور نظر ماست؛ خود به دو بخش قوای مدرکه و محرکه تقسیم می‌شود. قوای مدرکه شامل حواس ظاهری و حواس باطنی است و قوای محرکه هم یا خود باعث حرکت می‌شود که به آن فاعله گویند و یا به همراهی یک محرک منجر به حرکت می‌شود؛ که در نوع اول مثل آنچه اعصاب را به حرکت در آورده و باعث انقباض عضلات و حرکت عضو از جای خود

می‌شود و در مورد دوم مثل قوه نفسانی که در مباشرت قوه حیوانی به افعال آن کمک می‌کند. که البته باید دانست که عمل ترویج یا جذب نسیم بارد و دفع بخار دخانی مربوط به قوه حیوانی است و نیز مبداء قوه شهویه که جلب منفعت را باعث می‌شود و قوه غضبیه که کارش دفع ضرر است نیز از اعمال این قوه می‌باشد. (۶۸)

روح : جان؛ نفس (۶۴، ۶۷) آنچه مایه زندگی نفس است. (۶۱) بر طبق مبانی طب سنتی ایرانی روح بخار لطیف اخلاط است که در دل تولید شده و باعث حس و حرکت و حیات می‌شود. (۶۳) در طب سنتی ایرانی روح دارای جوهر جسمانی است که از ترکیب عناصر ایجاد می‌شود و به آن جوهر نورانی هم گفته‌اند و علت تمایل نفس به نور و دوری و وحشت از ظلمت را هم همین دانسته‌اند. (۶۹) در این مکتب طبی روح حامل قوای سه گانه است و جوهری لطیف بخاری دارد که از خونی که در سمت بطن چپ قلب می‌آید؛ ایجاد می‌گردد و به همین علت سه روح در بدن وجود دارد. روح حیوانی که در انسان و حیوان وجود دارد و در دل بوده و از آنجا از راه شریانها (عروق ضواری) به اعضا می‌رسد؛ روح نفسانی که در دماغ (مغز) است و از آنجا به طریق اعصاب به اندامها می‌رسد؛ (۳۷) در کتاب داروهای قلبی؛ حکیم موسوی نحوه تولد روح را اینچنین بیان می‌کند: لطایف اخلاط چهارگانه از کبد به واسطه ورید اجوف خارج شده و وارد تجویف سمت چپ دل می‌گردند و با حرارت موجود در آن نضج و تلطیف پیدا می‌کنند و به حالت بخار بدل می‌گردند و بعد از کسب مزاج و مقتضای استعداد فیض الهی صورت نوعی روح را به خود می‌گیرند و بخش کثیف اخلاط هم بعد امتزاج با هم و کسب فیض الهی صورت نوعی عضوی را به خود می‌گیرند پس تکون روح از صافی اخلاط و تکون جسم از دردی آنهاست که هر یک بسته به صورت نوعی خود آماده انجام کاری می‌شوند؛ روح مهیا برای قبول قوای سه گانه و جسم برای قبول غذا و رشد و نمو. (۷۰)

سبب : در طب سنتی ایرانی آنچه در بدن انسان منجر به افعال و حفظ آنها می‌شود. (۶۰)

اسباب ممرضه در طب سنتی ایرانی به دو قسم بادیه و بدنی تقسیم می‌شود؛ اسبابی که بدنی نیستند و از خارج به بدن تحمیل می‌گردند را اسباب بادیه گویند. اسباب بدنی خود به دو قسم واسله و سابقه تقسیم می‌شود: اسبابی که برای ایجاد حالتی در بدن به واسطه نیاز دارند را اسباب سابقه گویند و آنهایی که برای ایجاد حالت واسطه ای نیاز ندارند را واسله گویند؛ ولی در کل اسباب بدنی به سه گروه خلطی؛ مزاجی و ترکیبی تقسیم می‌شوند که هر یک می‌توانند واسله یا سابقه باشند.

مثال برای اسباب بادیه مثل هوای گرم که منجر به صداع حار(سردرد گرم) شود و یا خشم یا غمی که منجر به تب گردد. این نکته مهم است که بدانیم اعراض نفسانی هم از اسباب بادیه هستند؛ چرا که نفس غیر از بدن است و آنچه از جانب نفس می‌آید هم بادی محسوب می‌شود.

مثال برای اسباب بدنی سابقه: طعام زیادی می‌تواند منجر به امتلاء شود و امتلاء می‌تواند مرض ایجاد کند به مرض حاصل از امتلای ناشی از طعام سبب سابقه گویند چون بین طعام و مرض یک واسطه به نام امتلاء وجود دارد.

مثال برای اسباب بدنی واسله: عفونت که منجر به تب عفته شود سبب واسله در اینجا عفونت است که بدون واسطه منجر به تب شده است.(۷۱)

۲-۳- اهمیت موضوع اعراض نفسانی

حالات روحی و اعراض نفسانی و نقش آنها در سلامت و بیماری و نیز در درمان بیماریها از دیرباز مورد توجه حکیمان طب سنتی ایرانی بوده است. ایشان بر این باور بوده‌اند که مزاج آدمی به شدت از حالات روحی و روانی وی تاثیر می‌پذیرد و سرعت تاثیر گذاری اعراض نفسانی بسته به نوع آنهاست؛ مثلاً اندوه؛ حرارت را کم کم به داخل می‌کشد در حالیکه ترس؛ آن را به طور ناگهانی به داخل می‌برد. لذت؛ حرارت را کم کم به خارج می‌کشد در حالیکه غضب و حتی

شادی مفراط؛ حرارت را به طور ناگهانی به خارج می‌کشد که منجر به برافروختگی می‌گردد. در شادی مفراط به دلیل خروج ناگهانی حرارت و روح به طور کامل به سمت بیرون می‌تواند منجر به مرگ شود در حالیکه در خشم این خروج کامل نیست؛ پس امکان مرگ کمتر است. اگر کسی تمامی نکات لازم برای سلامت را در نظر بگیرد ولی به اعراض نفسانی توجهی نداشته باشد هرگز از سلامت کامل برخوردار نخواهد شد. (۵۵) اینکه در مبحث سلامت (حفظالصحه) یکی از ششگانه ضروری برای تندرستی (سته ضروریه) را اعراض نفسانی در نظر گرفته اند؛ نشانه دقت نظر حکمای ایرانی و دانستن جایگاه ویژه این عامل در سلامت انسان بوده است. (۴۸، ۵۶) جالینوس توجه به نفس و بدن و در تعادل نگهداشتن ایندو برای سلامت را لازم دانسته و عامل برگرداندن نفس و جسم را به اعتدال؛ به ترتیب تفکر؛ تعلیم و ریاضت (ورزش) دانسته است. (۷۲)

۲-۴- تقسیم بندی اعراض نفسانی از دیدگاه طب سنتی ایرانی

اعراض نفسانی در طب سنتی ایرانی به شش قسم تقسیم می‌شوند: غضب؛ فرح؛ فزع؛ غم؛ هم و خجلت. آنچه مهم است این است که در تمامی اینها حرکت روح دیده می‌شود و علت این امر را تاثیر پذیری نفس از یک عامل ملایم یا منافر دانسته اند. (۷۲)

۲-۵- تحریکات نفسانی و آثار آن بر بدن

منظور از حرکت نفس همان حرکت قوای حامله در روح است؛ به واسطه حرکت روح و با حرکت خون جهت تدارک آنچه از روح تحلیل رفته همراه است به همین علت در موقع عصبانیت یا خشم صورت و چشمها برافروخته می‌شوند. (۷۳) حکیم ارزانی هم حرکت نفس را مجازی دانسته و منظور اصلی از حرکت را حرکت قوا به واسطه روح می‌داند. (۷۱) در جواب اینکه آیا فقط امور واقعی و خارجی مانند عوامل رعب انگیز و یا حزن آور و یا شادی بخش و

غیره می‌توانند باعث حرکت روح بشوند؟ باید گفت خیر حتی تصورات ذهنی هم می‌توانند باعث جنبش نفسانی گردند مثلاً با دیدن عضو آسیب دیده در بدن یک فرد خود هم احساس درد در همان عضو مان می‌کنیم و یا اندیشیدن به مسائل خوشایند و یا بالعکس ناخوشایند و هراس‌انگیز باعث تغییر مزاج فرد می‌شود. (۳۶) تصورات نه تنها می‌توانند بر بدن تاثیر گذار باشند بلکه خود می‌توانند شاخصی برای نشان دادن وضعیت بدنی یک فرد باشند. بوعلی سینا تصورات و خیال پر دازیه‌های نفسانی را ناشی از وضعیت قلب می‌داند؛ چنانچه آورده که کسی که به شادمانی و آرزومندی و امیدواری می‌اندیشد این دلیل بر نیرومندی قوت و اعتدال قلب است و بالعکس خیال پردازیه‌های ترسناک و اندوه زا دال بر سردی و خشکی قلب است و افکار توحش و آزار رسانی و خشونت را دال بر حرارت قلب دانسته است. (۳۶، ۴۸)

۲-۵-۱- غم و آثار آن بر بدن

غم قویترین اسباب بیماری نفس است و شادی قویترین اسباب صحت نفس. (۷۴) غم به واسطه این که یک عرض نفسانیست باعث حرکت روح می‌گردد؛ حرکت روح ناشی از غم تدریجی و به جهت داخل است به دلیل ترس از یک عامل آزار دهنده واقعی یا ذهنی و اگر به درجه افراط برسد می‌تواند منجر به غشی و یا حتی مرگ بشود. (۷۰)

جرجانی در ذخیره خوارزمشاهی آورده که: «هر گاه حالی افتد که ناخوشی آید خون و روح از ظاهر به اندرون بازگردد و طبع خواهد که از آن دور باشد و از بهر این است که رخساره غمگین زرد شود و ظاهر اندامهای او سرد شود و اگر غم از حد بیرون شود مردم را بکشد از بهر آنکه همه حرارت به دل باز گردد و دل فراز هم آید و حرارت اندرون دل باز داشته و فرو گرفته شود و فرو میرد؛ نبینی که هرگاه آتش را فرو گیرند و نگذارند فروغ بر آرد فرو میرد و بمیرد.» (۳۷) به نظر رازی هرگاه هوای نفس به واسطه عقل؛ فقدان امری را که محبوب و مناسب اوست تصور نماید غم عارض می‌گردد. (۷۵) در کتاب الواح الصحه آمده است که غم به

دلیل دخول و توجه حرارت غریزی به سوی باطن به صورت تدریجی که به سبب خوف از مودی واقعی می‌داند؛ پس اگر ضعیف باشد غیر مهلک است و اگر قوی باشد و ناگهانی مهلک است. (۷۶) اهوازی غم را عامل بالا رفتن حرارت بدن و تب می‌داند و می‌گوید که غم می‌تواند در بدن تب یومیه ایجاد کند و طول کشیدن آن می‌تواند حتی منجر به تب دق گردد یعنی به دلیل شدت گرمی بدن این حرارت شدید به اعضای اصلی می‌رسد. در افراد با مزاج سرد غم زیاد باعث اطفاء حرارت غریزی می‌گردد که علت آن را انعکاس حرارت به قعر بدن و تخمید بدن می‌دانند. غم برای همه بدن‌ها مضر است بویژه برای بدن‌های سرد و خشک. (۴۸) حکیم گیلانی دلیل سردی بدن‌های با مزاج سرد به واسطه غم را اینگونه بیان می‌کند؛ احتقان و اطفای حرارت غریزی و تراکم و تراجع آن در معدن (یعنی قلب)؛ که افراط آن به سرعت مهلک است و به طور کلی برای تمامی بدن‌ها بویژه برای بدن‌های سرد زیان دارد. (۷۶) حکیم ارزانی در کتاب مفرح القلوب می‌گوید: دلیل هلاکت از افراط حرکت روح به باطن در غم آن است که هرگاه اکثر روح و خون به باطن میل کنند به دلیل شدت اجتماع و انحصار روح و خون در مجاری اختناق اتفاق می‌افتد و در نتیجه حرارت غریزی خاموش می‌گردد و باطن سرد می‌گردد و به تبع آن ظاهر نیز سرد می‌گردد. (۷۱)

جرجانی تاثیر غم را بر سیستم قلبی-عروقی اینگونه آورده که: نبض در غم ضعیف و صغیر و متفاوت یا بطی است به دلیل فرار روح از غم و میل آن به داخل. (۵۶) ابن نفیس حرکات روحی مفرط را کشنده و سکون مفرط یا آرامش روحی مفرط را نیز سرد کننده بدن و سبب ایجاد بلاهت می‌داند. (۳۴)

حکیم اعظم خان غم طولانی مدت را منذر به مالیخولیا می‌داند و اوهامی که مایل به سوی غم بود را؛ دلیل برودت و یبوست قلب می‌داند هر چند در جایی هم غم بدون علت را ناشی از سوء مزاج گرم قلب دانسته و سرعت انفعال از امور نفسانی مانند غم و غیره را به

همراه سرعت زوال آنها و کسل و ترهل بدن و بلادت و کثرت آب دهان و کاهش اشتها را دلیل بر سوء مزاج رطب قلب می‌داند. ایشان اعراض نفسانی را از عمده اسباب موثره بر قلب می‌داند و در مورد تاثیر غم بر قلب آن را مضعف قلب می‌شمرد که به تبع این ضعف؛ ضعف قوه طبیعی پیش می‌آید به دو دلیل: ۱- به علت کثرت تحلیل روح و استیلای حرارت غریبه به واسطه اضطراب نفس و ۲- تکاثف روح به دلیل برودت ناشی از اطفای حرارت غریزی به سبب شدت انقباض و احتقان روح. در اوقات چهار گانه ای که در طب سنتی برای بیماری در نظر گرفته می‌شود غم یکی از علائم احتمالی مرحله ابتدا می‌داند. (۳۵، ۷۷) از عوارض دیگر غم بر بدن ایجاد تب است؛ بیماری که تب دارد ولی علائمی از لرز و سردی اطراف (اندامها) ندارد و تغییر رنگی در ادرار و رنگ روی بیمار در روز اول بیماری ایجاد نشده و تعریق زیادی ندارد و اگر تعریق هم دارد سریعاً کاهش یافته و قطع شود و علائمی مانند خشونت زبان؛ تواتر نفس و موارد دیگری که از علائم تب عفنیه‌اند را ندارد و نبض او کمی صلب است و ادرار او زرد ناری با سوزش و چهره اش مایل به زردی و خشکی و کسل در اعضا با ضعف اعضای رئیسه داشته باشد؛ یا تب وی تب یومیه غمیه است یا تب یومیه فزعیه (بدنبال ترس ایجاد می‌شود). افتراق این دو با تقدم نبض ضعیف و غم یا فزع و نیز در حالت نبض ایشان است اگر نبض ضعیف و صغیر و متفاوت یا بطیء باشد تب یومیه غمیه است و درمان در این بیمار رفع غم است. (۷۷)

در مورد تاثیر اندوه بر بدن آدمی سید اسماعیل جرجانی اینگونه آورده است که: اندوه خون و حرارت غریزی را به قعر تن باز می‌گرداند و مزاج را سرد و خشک می‌کند و مردم را به حال پیری می‌رساند؛ بدین سبب رنگ روی را زرد می‌کند و رونق و تازگی را از بین می‌برد و همه قوتها را ضعیف می‌کند و به سبب ضعیفی قوتها بیماری مستولی می‌گردد. (۳۷) علی ابن عباس در مورد آنچه توسط اعراض نفسانی در بدن ایجاد می‌شود می‌گوید: افراد غمگین بیش از بقیه افراد دچار بیماری‌های ردیء می‌شوند و حتی در اثر این بیماریها می‌میرند. اما کسی که با

قوت عقل و معرفت جلوی غمش را می‌گیرد و خویشتن داری می‌کند و به مبارزه با این اعراض بر می‌خیزد دچار اعراض ذکر شده نمی‌شود و اگر هم بشود بروز این اعراض در وی به حد اعتدال می‌باشد نه زیاده‌تر و اگر دچار بیماری شود با رجوع به نفسش و حسن تشخیص و تسکین ظن کاذب موجود در نفس سریع‌تر درمان می‌گردد؛ پس سزاوار است که انسان از غم دوری کند زیرا این به طور کلی مزاج بدن را تغییر می‌دهد و کمک به ضعف حرارت غریزی می‌کند اما در مورد اینکه کجا از غم می‌توان به عنوان یک درمان استفاده کرد می‌گوید: اگر غم به طور عمدی در برابر چیزی که با طبیعت انسان مخالف باشد و باعث اذیت و آزار انسان یا نفس او گردد؛ ایجاد شود می‌تواند باعث صحت شود و فردی که فرح و سرور زیاد بر او مستولی شده نیز از غم نفع می‌برد؛ زیرا این غم باعث تبلید حرارت و نقصان آن می‌شود. (۴۸) جرجانی در مورد مکانیسم گریستن در غم و اندوه می‌فرماید: هرگاه که غم زیاد رسد؛ سردی و خشکی دماغ را بفشارد و اندامها و عصبهایی که از دماغ و روی آمده است کشیده شود و شکل گریستن پدید آید و به سبب فشردگی؛ تریها از چشم و بینی بیرون آید و هر که را دماغ ترتر باشد بیشتر گرید؛ مانند زنان و کودکان و مستان و مفلوجان. (۳۷)

۲-۵-۱-۱- بیماریهایی که از غم عارض می‌شوند

برخی بیماریها از غم عارض می‌شوند و یا با غم تشدید می‌گردند؛ که شاخصترینهایی را که در کتب معتبر طب سنتی آورده شده بود را در اینجا آوردیم: غشی؛ مرگ؛ غلبه سودا؛ یبوست؛ تبهای یومیه؛ سهر؛ بیخوابی؛ آفت ذهن و نسیان؛ صرع؛ تشنج؛ رعشه؛ اختلاج؛ ضعف بصر؛ لاغری و تو رفتگی چشم؛ اختلاج جفن (پرش پلک)؛ نزله و زکام؛ نفث الدم (خلط خونی)؛ سل؛ خفقان؛ زخم معده؛ عطش؛ هزال (لاغری)؛ دیبله و تنگی نفس. (۳۷)

۲-۵-۱-۲- اسباب شدت و خفت غم

بوعلی در کتاب ادویه قلبیه آورده که اسباب شدت و خفت غم به سه دسته تقسیم

می‌شوند:

اسباب سابقه؛ اسباب واسله و اسباب بادیه. اسباب واسله: عدم اعتدال مزاج روح است در کیفیت و در قوام و در کمیت آن. اسباب سابقه: اغذیه و ادویه ایست که منجر به قلت تولید خون نیک در جگر می‌شوند. اسباب بادیه: عوارض نفسانی که بر روح عارض گشته و آن را برای غم مستعد می‌کنند؛ که اسباب بدنی را اسباب اولیه و اسباب بادیه را اسباب ثانویه گویند.

اسباب استعداد به غم فقط مربوط به اسباب متصل به جوهر روح مانند کیفیت و کمیت روح نیستند؛ گاهی اسباب نفسانی هم با واسطه این اسباب جوهری و تصرف در این اسباب در این امر کمک می‌کنند. مثلاً با تعدیل مزاج و قوام روح یا تکثیر مقدار آن کمک به فرح (شادمانی) می‌کنند و یا اگر بالعکس این عمل کنند فرد را مستعد غم می‌کنند. نکته این است که هر فعل ذی ضدی که بر شیئی مکرر شود قوت او بر آن شدید بود و قوت شدید را استعداد گویند. مثلاً اگر جسمی به دفعات متوالی گرم شود استعداد سریع گرم شدن را پیدا می‌کند و همین حکم برای تبرید؛ تخلخل؛ تکاثف و غیره وجود دارد. اگر روح حالت نورانیت خود را از دست داده و مظلم (تاریک و تیره) گردد مانند آنچه در مزاج سوداویان است آمادگی و استعداد دل برای غم و قبض در ایشان بیشتر خواهد بود و دلی که مستعد غم و اندوه باشد با کوچک‌ترین سبب؛ غم بر او مستولی می‌شود و سرور و فرح به راحتی در آن راه پیدا نمی‌کند؛ مگر سبب آن بسیار قوی باشد مثل احترام به پادشاهان؛ التفات معشوقان و مانند آن و بالعکس هر دلی که آماده برای فرح باشد از اسباب فرح به آسانی شادمان می‌شود حتی اگر آن سبب ضعیف باشد و از اسباب غم غمگین نمی‌شود مگر آن سبب بسیار قوی باشد.

سودایی مزاجان همیشه به سبب آمادگی روح جهت قبول محنت برونی و کربت درونی ماند متفکران و حیرت زدگان بادل غم پژوه منتظر درد و اندوه نشسته اند. هرگاه غم بر مزاجی

عارض گردد و منسب جوهر روح باشد یعنی روح؛ تیره؛ کثیف و کم باشد و نیز غم به تکرار وقوع متمکن گردد؛ از استعداد حدوث فرح کم خواهد نمود و هرگاه استعداد حدوث غم کم شود؛ بر استعداد فرح خواهد افزود و به همین ترتیب در مورد سایر اعراض نفسانی هم این صادق است. اما نکته اینکه اگر غم مکرر وارد روح شود؛ قوه حیوانی جهت قبول غم مستعد خواهد شد.

برای حدوث غم دو چیز لازم است : ۱- ضعف قوه طبیعی ۲- تکاثف روح به سبب

سردی مزاج ناشی از اطفاء حرارت غریزی به سبب احتقان و انقباض روح.

تابع این تکاثف روح؛ سکون روح و منتشر نشدن او و میل نکردن ماده غذایی به سمت اوست؛ پس هر سکون؛ علت سردی است و هر سردی سبب صعوبت حرکت روح و انقباض و انقباض موجب احتقان روح و سکون و سردی دوباره. تا آنکه غمهای گوناگون و کدو رتهایی از حد بیرون بر روح قلبی عارض گردد. (۶۹، ۳۶)

استعداد غم در مزاج سودایی به غیر از موارد ذکر شده از امری دیگر هم ایجاد می شود چون در سوداوی مزاجان قوه مخیله آثار و خیال انگیزی دیگری دارد و علت آن خشکی روح است که باعث خفت و سبکی او گشته و تحریک قوه مخیله را آسان ساخته و به جهت خلط خبیث سودا؛ بر مخیله شبهه ها و حکایات وحشت آور منقش می گردد؛ که علت آن کم رطوبتی و خشکی است که مانع تحریکات معتدل روح است. خلط و روح اگر چه به ذات؛ تر و مرطوبند ولی اختلاط خلط سودا و بخارات آن با ارواح آنها را از مزاج لایق منحرف کرده و میل به خشکی در آنها ایجاد می کند و علت دیگر تخیلات وهم انگیز در مزاج سودایی این است که قوه عاقله به جهت فساد مزاج روح از قوتهای باطن اعراض نموده و آنطور که شایسته است به تدبیر و تصرف در آن نمی پردازد و چون عقل که حاکم بدن است؛ دست از بدن کوتاه نماید؛ قوتهای نفسی و وهمی به مقتضای مزاج کثیف و کیفیات سخیف در زوایای دماغ به افکار و

خیالات باطل مشغول می‌شوند و به مرور زمان چنان‌که قوی می‌گردند که سلامت عقل به کل از فضای عالم دماغ زایل گردد و مالیخولیا و جنون به ظهور آید. (۶۹)

۲-۵-۱-۳- اسباب خاصه مُعَدّه غم

اسباب خاصه ای که فرد را مستعد به غم می‌کنند؛ به دو دسته اند: به اعتبار کمیت روح و به اعتبار کیفیت روح

- به اعتبار کمیت آن است که مقدار روح کم باشد؛ پس طبیعت از بیم تحلیل و عدم کفایت آن برای انبساط به ظاهر؛ قبول حرکت و تحریک روحی به حرکت انبساطیه ننماید پس به سبب میل طبیعت به جمع روح در باطن و عدم انقیاد جوهر روح؛ حرکت قسریه انبساطیه را به سهولت؛ به اعتبار قلت مقدار. جزئی از آن نیز که در ظاهر بدن است به سبب ضعیفی فاعل در باطن مجتمع گردد از طرفی چون کثرت مقدار روح علت قوت روح است پس قلت مقدار آن علت ضعف قوت است و پس عدم حفظ روح از تحلیل و قلت تولد روح و عدم اعتدال قوام و مزاج روح از علل معده (یاریگر) غم هستند.

- به اعتبار کیفیت روح: عدم اعتدال روح به حسب قوام در غلظت و لطافت و عدم اعتدال مزاج آن در حرارت و برودت و ظلمت و کدورت روح و ضعف قوت چهار عاملی هستند که می‌توانند باعث استعداد روح به قبول غم به اعتبار کیفیت گردند. (۷۰)

۲-۵-۲- همّ

همّ کیفیت نفسانی است که به تبع آن روح و حرارت غریزی به داخل و خارج حرکت می‌کند بنا به امری که هم خیر از آن متوقع است و هم شر؛ پس ترکیبی از خوف و رجاست و هر کدام بر فکر غلبه کند نفس به جانب آن حرکت می‌نماید که اگر وقوع خیر غالب باشد به خارج حرکت می‌کند و اگر وقوع شر غالب باشد به داخل حرکت می‌کند به همین علت به آن

«هم» گفته‌اند یعنی اهتمام به چیزی و در حقیقت نوعی جهاد فکریست. (۷۱) بوعلی در کتاب دور کردن هر زیان از تن آدمیان هم را ترکیبی از غضب و حزن می‌داند که صاحبش گاه به دفع جزم می‌شود و گاه به عجز راضی می‌گردد. (۷۸)

اهوازی هم را داخل شدن حرارت غریزی به بدن به طور ناگهانی و نیز خروج آن به طور ناگهانی می‌داند؛ پس هنگام دخول آن به داخل بدن ناامیدی ایجاد می‌شود و هنگام خروج طمع پیروزی غالب می‌شود.

۲-۵-۲-۱- تفاوت هم و غم

هرگاه چیزی ضروری از دست برود یا به هر دلیلی رسیدن به آن امکان پذیر نباشد یا کاری نکرده؛ دافع شود به نحوی که منع برآن امر و ملامت بدان از مکافات آن ممکن نباشد؛ نفس دچار حالتی می‌شود که آن را غم گویند. هرگاه به اتمام کاری اهتمام کند که نه حصولش قطعی باشد و نه غیر حصولش یا چیزی حائل یا مولم شود که به وقوع وی یقینی نباشد. بدین سبب حالتی پدید می‌آید که آن را «هم» گویند. بالجمله مطلوب صاحب «غم» از دو بیرون نیست یا فوت شده است و ممکن الحصول نیست یا وصول به آن مقدور نیست. به خلاف مطلوب صاحب «هم» که ممکن الحصول باشد؛ اگر چه به دشواری بود. (۷۱) هم غیر مفرط از اسباب مسخنه بدن است ولی اگر مفرط شود منجر به تبرید بدن می‌گردد. (۳۶)

۲-۵-۲-۲- بیماریهایی که از هم عارض می‌شوند

خفقان؛ ضعف قلب؛ صداع حار ساده؛ حدت خون؛ نفث الدم؛ سوء مزاج گرم قلب؛ تب؛ دق؛ غشی؛ ضعف و فتور بدن؛ اختلاط عقل؛ مالیخولیا و امراض سوداوی. (۳۵، ۳۶، ۶۹، ۷۶، ۷۸)

مَنْ كَثَرَ هَمُّهُ سَقِمَ بَدَنُهُ (آنکه همش زیاد باشد بدنش بیمار می‌شود). (۷۹) به گفته گیلانی هم دخول حرارت است؛ گاهی به سوی ظاهر و گاهی به جانب باطن و این باعث

اضطراب و تشویش ارواح و تحلیل قوا می‌گردد و حرارت غریزی به سبب کثرت حرکت خروج و دخول متحلل می‌شود و جریان بعضی اسباب ضروری مانند اکل و شرب و نوم و یقظه بر مجرای طبیعی صورت نبندد. (۷۶)

گیلانی «هم» را عامل ضعف و فتور بدن می‌داند و اذعان دارد که دوام آن؛ امراض صعب العلاجی مانند مالیخولیا و امراض سوداوی را سبب می‌شود. (۷۶، ۸۰)

۲-۵-۲-۳- نظر رازی در مورد هم و غم

هم و غم اگر چه دو عارضه عقلانی هستند ولی کثرت آن دو رنج و آزاری در پی دارد که در محروم کردن انسان در رسیدن به اهداف خویش بی تاثیر نیست و سزاوار است که شخص عاقل جسم خود را از این دو عارضه رهایی بخشد و از سرگرمیها؛ شادیها و لذایذ به اندازه ای که سلامت او را حفظ کند؛ بهره مند شود. زیرا فقدان این امور سبب بروز ضعف و عدم استقامت در جسم می‌شود. (۷۵)

۲-۵-۳- درمان غم

راهکارهای متعددی در طب سنتی ایرانی برای رفع غم آورده شده است از جمله مهمترین آنها فرح است و تطیب نفس و جلب سرور نمودن از طریق اقسام کلام و حیل و نغمه‌های سرورآور و حکایات نادر. در کامل الصناعه؛ فرح برای کسی که زیاد دچار هم و غم و فکر است مفید است و داستانی از قومی که غم بر آنها مستولی شده بود و باعث بیماری آنها گشته بود و بعد از رخ دادن شادی و نعمت برایشان بیماری از ایشان رخت بر بسته را آورده؛ نیز در بخش درمان تب غمیه آورده که؛ تسکین غم و سرور نفس او بدانچه ممکن بود مثل اصناف آوازهای سرور آور مانند عود و طنبور و نغمه‌های نیکو و مالش بدن به رفق و داخل شدن در خانه اول حمام؛ استفاده از آبن با حرارت معتدل؛ چون حرارت رابه اعتدال به سوی ظاهر بدن

پخش میکند و استفاده از اغذیه معتدله مثل گوشت بره و بزغاله و جوجه مرغ و ماکیان و ماهی رضاضی (نوعی ماهی که در آب‌های پر سنگ و ریگ باشد) و بادرنگ و خیار و آنچه مرطب بدن باشد. و در یک دفعه غذای زیاد نخورند و شراب ریحانی ممزوج با آب به حسب عادت و سن و فصل داده شود. در تابستان در جاهای سرد و در زمستان در جاهای معتدل بنشینند و خواب زیاده از حد نکنند و به طور متوالی این تدابیر را به کار برند تا حرارت در بدن ایشان منتشر گردد.

ایلاقی و جرجانی در تب غمیه درمان را بیشتر معطوف به قلب دانسته‌اند و به مشغول کردن بیمار با حکایات خنده آور؛ بازیهای عجیب و الحان خوش و استفاده از اغذیه لطیف زود هضم و رطوبت بخش مثل زرده تخم مرغ نیم برشت؛ ماهی تازه کوچک؛ قلیه با کدو و خیار و اسفناج و ماش پوست گرفته و کشک الشعیر (مطبوخ مالیده و صاف نموده از جو را نامند؛ آب جو افشرده) و نیز استفاده از دوغ تازه صاف کرده به تفاریق (در دفعات مکرر) و مقدار اندک اندک تا برای معده سنگین نباشد و بعد از آبن و حمام؛ استفاده از روغنهایی مثل بنفشه و نیلوفر و کدو بر همه بدن که به آرامی بر بدن مالیده شود و شراب ممزوج با آب بدهند و بر بستر نرم بخوابانند و عطرها و گلهای بارد رطب ببویانند و از جماع اجتناب نمایند و بر سینه از مالیدنی‌های سرد و تر مانند لعاب اسفرزه و آب برگ خرفه و برگ بنفشه و گلاب و صندل و اندک کافور بمالند تا از تبدیل این تب به سایر تبهای یومیه جلوگیری نمایند.

داروها و غذاهایی که باعث تسکین غم می‌شوند: اترج (بالنگ)؛ بزرقطونا (اسفرزه)؛ رب غوره؛ خرم؛ طباشیر؛ افیون؛ پادزهر حیوانی؛ پادزهر معدنی؛ رب سیب ترش؛ چای خطایی؛ حماض؛ دبس (شیره انگور)؛ ذهب (طلا)؛ انار ترش؛ رب انار ترش؛ زمرد؛ لاجورد؛ گاوزبان؛ لؤلؤ؛ مروارید؛ مسک یا مشک؛ راسن؛ حجرالدیک (سنگی در سنگدان خروس به قدر باقلای کوچک)؛ بسفایج

(نوعی سرخس)؛ لیمو؛ داروهای مرکبی چون: تریاق کبیر؛ ایارج بقراط؛ برشعنا و غذاهایی چون: اطره (آش رشته)؛ شیر تازه گاو و گاومیش و بز.

۲-۵-۴- درمان هم

باز هم فرح را در درمان هم مفید دانسته اند (۴۸) و نیز استفاده از داروهای مرکبه ای که در آنها تخم بادروج (ریحان کوهی؛ گیاهی که از تخم آن به عنوان تخم شربتی استفاده می‌شود)؛ تخم فرنجمشک؛ تخم بادرنجبویه؛ تخم نمام؛ تخم مرزنجوش؛ مصطکی؛ دارچین؛ زنجبیل و دار فلفل به مقدار مساوی کوبیده و ۱۰ درم^۱ از آن را با ۱ درم از هریک از داروهای مروارید؛ بسد؛ کهربا؛ ابریشم خام؛ بهمن سفید و سرخ؛ و ساذج هندی و نیم درم از مشک خالص آمیخته با عسل و مربای هلیله مخلوط کنند و هر روز ۲ درم بیاشامند. (۳۵)

برخی مفردات و مرکبات موثر بر درمان هم در ذیل آورده شده اند: ذهب؛ زمرد؛ پادزهر معدنی؛ لاجورد؛ دبس (شیره انگور)؛ مریم؛ گاوزبان؛ انس النفس (هوفاریقون)؛ افیون؛ چای خطایی. هم و غم زیاده می‌توانند منجر بیماری‌های صعب العلاج مانند مالیخولیا شوند. (۶۹، ۸۱)

۲-۵-۵- مالیخولیا

در طب سنتی تعریف آن به شکل تغییر ظنون و افکار از حالت طبیعی خود به سمت خوف و فساد است و علت را غلبه ماده سودا یا مره سودا (سودایی که از سوختن اخلاط حاصل شده) می‌داند. (۸۲-۸۴) در ایجاد این بیماری افراط غم؛ خوف؛ فکر؛ بیداری و نیز احتباس آنچه بدن به دفع آن عادت داشته مثل بند آمدن خون حیض یا خون بواسیر یا رعاف (خونریزی از بینی) و نیز بند آمدن قی سوداوی ادواری در افرادی که به آن عادت دارند؛ دخیل دانسته شده است.

۱ یک درم معادل ۲/۹۷۵ گرم می‌باشد.

سبب مالیخولیا به گفته شیخ یافقط در خود مغز است یا اینکه این سبب در خارج از مغز است یعنی عام در جمیع بدن است یا در عضوی است که مشارکت با دماغ (مغز) دارد مثلا در دستگاه گوارش که باعث ایجاد نوعی مالیخولیا به نام مراقی خواهد شد. (۸۲، ۸۴)

علایم این بیماری قبل از استحکام آن در بدن به شکل وسواس و گمان بد و خوف بدون سبب ظاهری؛ سرعت غضب؛ حب تنهایی و اختلاج (پرشهای ریز عضلانی) و دوار (سرگیجه) و دوی (صدا در گوش) (دو مورد آخریوژه در مالیخولیای مراقی) بوده و بعد از استحکام مرض علایمی چون: فزع (ترس)؛ سوءظن؛ غم؛ وحشت از مردم؛ هذیان؛ کرب (احساس نا آرامی که گاهی با طپش قلب توأم است)؛ کثرت کلام؛ شبق (افزایش میل جنسی) و خوف از چیزی که در عادت از آن خوف نمی کنند را از خود بروز می دهند. (۸۲) نیز بسته به این که خلط مسبب از احتراق کدام خلط ایجاد شده باشد؛ علایم متفاوتی را در فرد ایجاد می کند. مثلا اگر از سودای ناشی از احتراق خون ایجاد شود علایمی که بیشتر با مانیا همخوانی دارد را بروز می دهد: پریشانی ذهن؛ خنده و شادی؛ گندم گونی رنگ بیمار توأم با اشراقیت (براق و شفاف بودن و نداشتن کدورت) عروق وسیع؛ قرمزی چشمها؛ نبض عظیم و مایل به سریع به ویژه که این علایم بعد از یک دوره تدابیر گرم و تر در فرد جوانی که عادت به خروج خون از راه فصد یا رعاف یا طمث یا بواسیر وغیره داشته که به دلایلی بند آمده؛ دلالت را بر دموی بودن این سودا تمام می کند و یا در مورد سودای ناشی از احتراق سودا علایم اینطور بیان شده که این بیمار بسیار مهموم است (و منظور از همّ: فکر در مکروهی است که انسان از حدوث آن می ترسد و امیدوار به رفع آن است در حقیقت حالتی از خوف و رجا وجود دارد و با غم فرق دارد چون با غم فکر وجود ندارد چرا که مربوط به امریست که گذشته است و در حقیقت امیدی به رفع آن وجود ندارد) و سبب بسیاری همّ در این مرض را یا بقاء سبب موجب آن؛ که سوداست دانسته و یا تکرر همّ. چرا که تکرر شیء بر شیء آن را مستعد قبول آن می کند. و علایم دیگر این گروه

را بسیاری فکرو خوف و ترس و گریه بدلیل صعود بخارات زیاد از قلب به مغزمی داند و تفکرات ردیئه را ناشی از فساد دماغ و خروج آن از مجرای طبیعی که تقریباً معادل هذیانها و حتی توهمات در طب کنونیست. (۸۵)

۲-۵-۵-۱- درمان مالیخولیا

علاج کلی در مالیخولیا شامل: تفریح؛ انبساط؛ استراحت؛ تقویت قلب؛ تقویت دماغ و تنویم می‌باشد. (۳۵)

فصل سوم

مواد و روش کار

۳-۱- مواد کار

۳-۱-۱- کپسولهای فراورده سنتی

ابتدا خشک شده گیاه نپتا منتوئیدس از بازار داروهای گیاهی شیراز خریداری شد و به تایید یک گیاه شناس در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز رسید و در دفتر نمونه‌های گیاهان دارویی بخش داروسازی سنتی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره ثبت (Voucher number: PM-775) درج شد. اندامهای هوایی گیاه شسته و خشک و بعد آسیاب شد. از جوشاندن گیاه آسیاب شده و آب مقطر به نسبت ۱ به ۱۰ (تا ۱۰ دقیقه بعد از به جوش آمدن) جوشانده ای تهیه شد و بعد توسط الک مش ۱۰۰ صاف شد. عصاره بدست آمده توسط دستگاه روتاری (Rotary) تا رسیدن به غلظت ۱/۱۰ تغلیظ شد. کنسانتره حاصل برای ۲۴ ساعت در دمای 54°C - نگهداری شد و سپس با استفاده از دستگاه فریز درایر (Freeze dryer) برای ۹۶ ساعت در دمای 50°C - تحت خلاء تصعید شد و در نهایت از آن پودر نرمی بدست آمد. با توجه به اینکه در کتب طب سنتی دوز مصرف روزانه این گیاه ۲ درم که تقریباً معادل ۸ گرم است گزارش شده بود؛ این مقدار تقریباً معادل ۸۰۰ میلی گرم از داروی ما بود که ۴۰۰ میلی گرم در کپسول‌های ۵۰۰ میلی گرمی ریخته شد و ۱۰۰ میلی گرم باقیمانده با استارچ پر شد.

۳-۱-۲- کپسولهای داروی استاندارد (سرترالین)

۵۰ میلی گرم از سرترالین ساخت کارخانه باختر بیوشیمی در کپسول‌های ۵۰۰ میلی گرمی مشابه گروه فراورده سنتی ریخته شدند و مقدار ۴۲۵ میلی گرم استارچ و مقدار ۲۵ میلی گرم از پودر اسطوخودوس برای مشابه شدن بوی کپسولها به آن اضافه گردید. کپسولهای هر دو گروه در قوطی‌های کاملاً مشابه و با لیبل‌های یکسان ریخته شدند.

۳-۲- روش کار

۳-۲-۱- طرح کلی انجام مطالعه

۳-۲-۱-۱- بخش مروری تاریخی

با توجه به عدم اشاره مستقیم به افسردگی در متون طب سنتی جهت تبیین درمان این بیماری از منظر طب سنتی ایران مفاهیم مرتبط با این بیماری از جمله غم، هم، مالیخولیا در کتب معتبر مرجع طب سنتی ایران شامل الحاوی رازی، کامل الصناعه الطبیه اهوازی، قانون ابن سینا، ذخیره خوارزمشاهی جرجانی، اکسیر اعظم حکیم چشتی خان، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تطبیق و جمع بندی گردید و نیز تعدادی از مفردات شایع به کار رفته در درمان مالیخولیا از این کتب استخراج شد و پس از یافتن نام علمی کنونی با توضیحات در جداولی آورده شد.

۳-۲-۱-۲- بخش کارآزمایی بالینی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی آینده نگر دو سویه کور تصادفی سازی شده بود که دارای دو بازوی موازی؛ مربوط به فراورده سنتی و داروی استاندارد رایج بود. و ۶۶ بیمار با استفاده از تخصیص تصادفی (Randomized allocation) به دو گروه ۳۳ نفری تقسیم شدند و به مدت ۶ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند.

۳-۲-۲- تعیین مقدار فنل و فلاونوئید

ارزیابی مقدار محتوای فنلی از روش Folin-Ciocalteu صورت گرفت. (۸۶) برای بدست آوردن منحنی کالیبراسیون استاندارد از غلظتهای متفاوت گالیک اسید که با ۵ میلی لیتر از معرف Folin-Ciocalteu و کربنات سدیم مایع و میزان جذب بعد از مدت ۳۰ دقیقه و در دمای ۲۵°C حدود ۷۶۵ nm بود؛ که منحنی کالیبراسیون کشیده شد. همچنین ۱ میلی لیتر از عصاره

فریز درای شده (500 mg/lit) با همان مقدار معرف مخلوط شد و جذب بعد از یک ساعت خوانده شد. تمامی آزمایشات و محاسبات ۳ بار تکرار شد. محتوای ترکیب فنلی به صورت معادل گالیک اسید بر گرم عصاره خشک (GE/g) بیان شد. میزان فلاونوئید از طریق متد Dowd اندازه گیری شد. (۸۷) حدود ۵ میلی لیتر از آلومینیوم تری کلراید ۲٪ (AlCl_3) (Sigma- Aldrich) در متانول (Merck) با همان حجم کوئرستین (Quercetin) در غلظتهای مختلف ترکیب شد؛ جذب در 415 nm (توسط اسپکتروفوتومتر PG, T90) در مقابل یک نمونه بدون آلومینیوم کلراید از محلول عصاره در متانول (5 ml در 5 ml) انجام شد و از طریق کشیدن یک منحنی استاندارد از کوئرستین در غلظتهای 80 mg/lit - 0 ؛ میزان کلی فلاونوئید تعیین شد و معیار آن QE/g (یعنی هم ارز با کوئرستین بر گرم عصاره خشک) در نظر گرفته شد.

۳-۲-۳ - نمونه گیری

در ابتدا نمونه گیری به روش غیر تصادفی ساده (simple sampling) از تمام بیمارانی که تشخیص افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه ساختارمند و در نظر گرفتن معیارهای DSM-V و نمره پرسشنامه افسردگی بک برایشان گذاشته شده بود؛ بعد از تایید تشخیص توسط یک روانپزشک خارج از طرح انجام شد. سپس بیماران وارد شده در طرح به روش تصادفی سازی بلوکی (Blocked Randomization)؛ به روش غیر طبقه ای و دارای بلوکهای هم سایز به گروههای مداخله (دریافت کننده فراورده سنتی) و مقایسه (دریافت کننده سرتالین به عنوان درمان رایج استاندارد) تخصیص داده شدند. تیم درمان کننده و همچنین تحلیل گر آماری از اختصاص نوع درمان به بیماران بی اطلاع بودند. پس از اتمام کار و انجام تحلیل آماری داده ها رمز گشایی شدند.

بر اساس مشاوره آماری و با در نظر گرفتن اطلاعات مطالعه مشابه در سطح معنی دار ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ حجم نمونه با استفاده از نرم افزار Power scc محاسبه شد که برابر ۳۳ نفر در هر گروه بود.

۳-۲-۳-۱- شرایط ورود به مطالعه

شاخصهای ورود به مطالعه ما عبارت بودند از:

- سن ۱۸-۶۵ سال

- تشخیص افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه ساختارمند بر مبنای معیارهای DSM-V^۱ و

نمره پرسشنامه افسردگی بک بیشتر یا مساوی ۱۱

- عدم وجود شرایط بالینی که منجر ب افسردگی می شوند مانند کمکاری تیروئید

- عدم وجود بیماری های همراه دیگر مانند دیابت؛ بیماری های قلبی؛ مشکلات کلیوی؛ مشکلات

کبدی؛ تشنج؛ سکتة مغزی؛ ریسک خونریزی بالا؛ زخم فعال دستگاه گوارش و یا مشکلات

مغزی (مثل دمانس و یا عقب ماندگی ذهنی) که قوه تشخیص و تصمیم گیری بیماران را تحت

تاثیر قرار بدهد.

- عدم بارداری و استفاده از روش پیشگیری از بارداری مناسب

- تایید تشخیص افسردگی اساسی حداقل توسط یک روانپزشک خارج از طرح

- داشتن رضایت نامه کتبی برای شرکت در این طرح مطالعاتی

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

۲-۳-۲-۳- شرایط خروج از مطالعه

معیارهای خروجی ما برای مطالعه شامل موارد ذیل بود:

- مصرف داروی ضد افسردگی در ۴ هفته قبل از شروع مطالعه
- داشتن دیگر بیماری‌های روانپزشکی
- استفاده از سایر روش‌های درمانی مثل سایکوتراپی و یا استفاده از سایر روش‌های درمانی مانند طب مکمل و جایگزین
- داشتن مشکلات ریوی و تنفسی (به دلیل اینکه در منابع طب سنتی اسطوخودوس مضر ریه شناخته شده است)
- بارداری و یا عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری مناسب
- اعتیاد به مواد مخدر یا الکل
- حساسیت به اسطوخودوس و یا گیاهان خانواده نعنائیان
- حساسیت به SSRI ها
- داشتن افکار خودکشی
- کسانی که در درمان آنها نیاز به ECT وجود دارد
- بیمارانی که برای درمان یک بیمار مزمن نیاز تحت درمان هستند.

۴-۲-۳- ابزار و فرایند جمع آوری اطلاعات

۱-۴-۲-۳- فرم ثبت مشخصات بیماران

اطلاعات دموگرافیک بیماران اعم از سن؛ جنس؛ وزن؛ قد؛ وضعیت تاهل؛ میزان تحصیلات؛ سطح درآمد و نیز سوالاتی که مطالب مربوط به بخش شرایط خروج از مطالعه را در برمی گرفت تا در صورت مثبت بودن پاسخ با دقت بیشتری بتوان بیماران را غربالگری کرد؛ در فرم مخصوص ثبت شد.

۳-۲-۴-۲- پیامدها

بیماران در هفته ۴۲؛۰ و ۶ از نظر موارد زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

- شدت افسردگی با نمره پرسشنامه افسردگی بک
- شدت اضطراب با نمره پرسشنامه اضطراب بک
- عوارض دارویی معمول در مصرف داروهای مهارکننده اختصاصی باز جذب سرو تونین و تعدادی از عوارض قابل پیش بینی به دلیل درجه گرمی اسطوخودوس (علی رغم اینکه عارضه خاصی در مصرف آن به اثبات نرسیده بود) از طریق یک جدول که توسط یکی از مجریان طرح طراحی شده بود و توسط بیماران علامت گذاری می شد (اعداد ۰ برای نداشتن عارضه؛ ۱ برای عارضه خفیف؛ ۲ برای عارضه متوسط و ۳ برای عارضه شدید)
- تعیین مزاج پایه بیماران با استفاده از پرسشنامه ۱۰ سوالی دکتر مجاهدی
- آنالیز فراورده سنتی و بررسی محتوای فنلی و فلاونوئیدی آن به ترتیب از روش های Folin-ceualtu و Dowd.

۳-۲-۴-۱- پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-I) در سال ۱۹۶۱ برای ارزیابی وجود و شدت نشانه های افسردگی توسط بک و همکارانش به دنیا معرفی شد. ویرایش دوم آن (BDI-II) در سال ۱۹۶۶ به صورت یک شاخص خود-گزارشی برای اندازه گیری نشانه های افسردگی در جمعیت های بالینی و غیر بالینی باز هم توسط بک ولی به همراه دو تن دیگر از همکارانش صورت گرفت که هماهنگی بیشتری با ملاک شخصیتی برای دوره افسردگی اساسی در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-IV) داشت. این پرسشنامه در کشورهای زیادی از جمله ایران ترجمه و اعتباریابی شده است و به عنوان یک ابزار سنجش معتبر و پاسخگو در شرایط مختلف بالینی و مداخله ای مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه شامل ۲۱ سوال

است و چهار درجه افسردگی را مشخص می‌کند. دامنه نمره کل بین ۰ تا ۶۳ است. نحوه امتیاز دهی به سوالات بدین صورت است که نمره ۱ تا ۱۰، طبیعی؛ ۱۱ تا ۱۶، کمی افسرده؛ ۱۷ تا ۲۰، نیازمند مشورت با پزشک (خف تا متوسط)؛ ۲۱ تا ۳۰، متوسط به سمت افسردگی شدید؛ ۳۱ تا ۴۰، افسردگی شدید؛ و بیشتر از ۴۰، افسردگی بیش از حد.

۳-۲-۴-۲-۲- پرسشنامه اضطراب بک

پرسشنامه بعدی پرسشنامه اضطراب بک بود که در سال ۱۹۹۰ توسط بک و همکارانش جهت ارزیابی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجید و روایی و پایایی ترجمه شده آن به فارسی هم توسط کاویانی و همکارانش در سال ۲۰۰۸ به اثبات رسید. دامنه نمره کل آن نیز بین ۰ تا ۶۳ است. نحوه امتیاز دهی به سوالات بدین صورت است که نمره ۰ تا ۷ طبیعی؛ ۸ تا ۱۵ کمی مضطرب؛ ۱۶ تا ۲۵ متوسط یا اضطراب با سطح مرزی؛ ۲۶ و بالا تر اضطراب شدید.

۳-۲-۴-۲-۳- پرسشنامه عوارض دارویی شایع

این پرسشنامه با در نظر گرفتن عوارض دارویی شایع در داروهای گروه مهارکنندگان اختصاصی باز جذب سروتونین و نیز با در نظر گرفتن عوارض احتمالی گیاه اسطوخودوس با توجه به مزاج گرم آن پس از مشاوره با اساتید راهنما طراحی شد. عدد ۰ به نداشتن عارضه؛ ۱ به عارضه خفیفی که بیمار را اذیت نمی‌کند؛ ۲ به عارضه ای متوسط که بیمار را اذیت می‌کند ولی قابل تحمل است و عدد ۳ به عارضه شدیدی که بیمار قادر به تحمل آن نیست؛ اختصاص داده شد.

۳-۲-۴-۲-۴- پرسشنامه تعیین مزاج

پرسشنامه ۱۰ سوالی مزاج که توسط دکتر مجاهدی و همکاران جهت تعیین مزاج بالینی تهیه شده و توسط جمعی از اساتید طب سنتی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. هشت سوال اول مربوط به گرمی و سردی است؛ نمره برابر و کمتر از ۱۴ سرد؛ ۱۵-۱۸ معتدل در گرمی و سردی و برابر یا بالاتر از ۱۹ گرم محسوب می‌شود. دو سوال آخر مربوط به تری و خشکی است و جمع نمرات این قسمت اگر برابر یا کمتر از ۳ باشد دال بر تری مزاج؛ اگر ۴ بشود دال بر اعتدل در رطوبت و برابر یا بیشتر از ۵ خشکی مزاج فرد را می‌رساند.

۳-۲-۴-۳- نحوه مداخله

تمام بیماران به مدت ۶ هفته تحت مطالعه قرار گرفتند؛ ۴ هفته دارو درمانی و ۲ هفته پایش بعد از قطع دارو. در مدت چهار هفته اول داروی فراورده سنتی و داروی سرتالین به طور تصادفی به بیماران تجویز شد. داروها به صورت کپسولهای ۵۰۰ میلی گرمی دو بار در روز صبح نیم ساعت قبل از صبحانه و شب ۱-۲ ساعت قبل از خواب انجام گرفت. فقط ۵ روز ابتدای مطالعه دارو تک دوز صبح ناشتا تجویز شد و از روزشش؛ دو دوز یعنی صبح و شب به ترتیب بالا داده شد. شماره تماس یکی از مجریان طرح که مسئول ارزیابی بیماران بود؛ به بیماران داده شد تا در صورت بروز هرگونه علائم یا عوارض حساسیتی یا بدتر شدن وضعیت بیمار تماس حاصل نمایند ضمن اینکه هر دو هفته یکبار بیماران ویزیت حضوری داشتند.

۳-۲-۴-۴- نحوه کور سازی مطالعه

بیماران وارد شده در طرح؛ به روش تصادفی سازی بلوکی میان دو گروه تقسیم شدند و بر اساس جدول اعداد تصادفی سازی شده که توسط مشاور آمار تنظیم شده بود؛ دارو به ترتیب لیست و بدون هیچ دخل و تصرفی توسط منشی در اختیار بیماران قرار می‌گرفت.

ابتدا قوطی‌های دو گروه داروی فراورده سنتی و سرتالین به دو گروه مساوی ۳۳ تایی تقسیم شدند و حروف A و B رمزهایی بودند که به طور تصادفی توسط شخصی که از مجریان طرح نبود به داروی فراورده سنتی و سرتالین اختصاص داده شد و رمز گشایی پس از اتمام طرح و انجام تحلیل آماری صورت گرفت.

کورسازی مطالعه در سطح بیماران؛ محققین طرح؛ فرد تحویل دهنده دارو و تحلیل‌کننده آماری داده‌ها صورت گرفت. دارو در هر دو گروه هم از نظر شکل و اندازه و حتی بوی محتویات کپسولها و هم از لحاظ شکل ظاهر قوطیها شبیه به همدیگر بودند.

۳-۲-۴-۵- روش‌های آماری به کار گرفته شده

تمامی بیمارانی که مطالعه را به پایان رساندند، مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. تحلیل آماری به صورت Intention to treat انجام گردید. به این معنی که بیمارانی که به صورت کامل پروتکل مطالعه را رعایت نکرده بودند؛ مثلاً ۱-۲ دوز دارو را فراموش کرده بودند یا گاهی تغییرات مختصر در زمان مصرف دارویشان ایجاد شده بود نیز در گروهی که از ابتدا به آن تخصیص پیدا کرده بودند؛ تحلیل شدند.

ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی بیماران در بدو ورود به مطالعه، در مورد متغیرهای پیوسته، به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار نشان داده شدند. تفاوت مقادیر پیش و پس از درمان نیز به صورت میانگین و فاصله اطمینان ۹۵٪ گزارش شدند.

همچنین برای سنجش نرمال بودن توزیع در مورد متغیرهای پیوسته، از تست شاپیرو ویلک^۱ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون‌های مجذور کا^۲، تی مستقل^۳، آنالیز واریانس یک طرفه برای داده‌های تکرار پذیر^۴ در شرایط مورد نیاز و متناسب مورد استفاده قرار گرفتند.

1 Shapiro wilk test

2 Chi square test

3 Independent T test

4 Repeated measure ANOVA

P کوچک‌تر از ۰/۰۵ برای معناداری آماری مورد استفاده قرار گرفت. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 21 به انجام رسید.

۳-۲-۴-۳- ملاحظات اخلاقی

پروتکل درمانی در این مطالعه در راستای بیانیه اخلاقی هلسینکی و با تایید کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق CT-9470-7440- قابلیت اجرا پیدا کرد. و از تمامی بیماران قبل از ورود به طرح در صورت تمایل به شرکت در طرح رضایت نامه کتبی دریافت شد. این کارآزمایی درسامانه مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) به شماره IRCT2015031521469N1 ثبت گردید.

برخی از ملاحظات اخلاقی مهم در اینجا آورده شد:

- بیماران هزینه ای بابت ویزیت‌های هفتگی و یا داروی دریافتی؛ پرداخت نمی کردند
- شرکت بیماران در طرح کاملاً اختیاری بود و در صورت رضایت کامل وارد طرح می شدند.
- در صورت عدم تمایل به ادامه طرح بیمار از طرح خارج می گردید و به روانپزشک جهت ادامه درمان ارجاع داده می شد.
- اطلاعات بیماران به صورت محرمانه نزد مجری مسئول طرح باقی می ماند و فقط در ارزیابی پژوهشی مورد استفاده قرار می گرفت.
- کلیه شرکت کنندگان در این طرح مطالعاتی به یک شماره تماس مربوط به مجری مسئول طرح دسترسی داشتند تا در صورت بروز هر مشکلی مربوط به طرح بتوانند تماس حاصل کنند.

فصل چہارم

نتائج

۴-۱- مطالعه تطبیقی درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی

۴-۱-۱- افسردگی از منظر طب سنتی ایرانی

افسردگی در کتب طب سنتی به طور دقیق معادلی نداشت؛ اما با توجه به مطالعات انجام شده علایم افزایش خلط سودا مواردی مشابه افسردگی را ایجاد می‌کرد، که در کتب مختلف به آن اشاره شده بود. از جمله: «ازدیاد فکر (ترافیک ذهنی)، عدم توانایی تمرکز روی یک موضوع خاص و سازماندهی فکر، زیادی خیالات فاسد، ناامیدی، به فکر نابودی و مرگ بودن، افکار تیره و تار و منفی داشتن، وسواس فکری و عملی که ناشی از نبود ثبات در فکر و اراده و تصمیم است، غم و اندوه که باز هم به دلیل تیرگی خلط سودا و غلبه آن بر مغز ایجاد می‌شود، قلق (احساس سراسیمگی و آژیتاسیون)، اختلالات اشتها، اختلالات خواب و...» (۸۸-۹۰)

۴-۱-۲- مقایسه علائم غلبه سودا با افسردگی اساسی

در زیر مقایسه علائم غلبه خلط سودا با افسردگی اساسی که توسط دکتر چوپانی جدول‌بندی شده بود؛ آورده شد.

جدول شماره ۱-۴ مقایسه علایم غلبه سودا با افسردگی اساسی (۸۸)

علایم غلبه سودا	DSM-V TR Criteria for Major Depressive Episode
زیادی غم بدون سبب	Depressed mood
زیادی خیالات فاسده	Recurrent thoughts of death (not just fear of dying)
قلق	Psychomotor agitation or retardation
ثقل	Fatigue or loss of energy
بیداری، قلت نوم، سهر	Insomnia or hypersomnia
لاغری بدن، فحل	Significant (>5% body weight) weight loss or gain
اشتهای کاذب	Increase or decrease in appetite
نامیدی از همه کارها	Markedly diminished interest or pleasure in all or almost all activities
اندیشه بسیار، زیادی فکر	Diminished ability to think or concentrate

علائم افزایش خلط سودا در کتب مورد بررسی در ذیل غم و هم و مالیخولیا به وضوح دیده می‌شد.

۴-۱-۳- درمان‌های ذکر شده در طب سنتی ایرانی

به نظر می‌رسد مالیخولیا به نوعی با اختلالات خلقی چون افسردگی اساسی و بیماری دو قطبی هم پوشانی دارد و از طرفی هم و غم مقدمه ایجاد مالیخولیا دانسته شده‌اند بنابراین این روش‌های درمانی ذکر شده ذیل این موارد برای تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی بهره گرفته شد.

۴-۱-۳-۱- توصیه‌های کلی

درمان در کتب سنتی شامل یکسری توصیه‌های کلی بود؛ از قبیل:

- ۱- ایجاد تفریح و انبساط خاطر؛ استراحت؛ تقویت قلب و مغز و نیز خواب به اندازه کافی؛ که از نافع‌ترین تدابیر در این بیماری شناخته شده است.
- ۲- تغییر در وضعیت خانه: مرطوب نگهداشتن هوای خانه و استفاده از گیاهان دارویی معطر در خانه؛ پوشیدن لباس سفید؛ استفاده از فرش سفید؛ استعمال بوییدنیه‌ها و روغنهای خوشبو.
- ۳- خوردن اغذیه رطوبت بخشی که غذاییت خوبی هم داشته باشند و مفرح و مصفای خون باشند به مقداری که قوت هاضمه معده توان تحمل آن را داشته باشد.
- ۴- تدابیر؛ جهت فربه کردن بیمار [در بیماران لاغر] با اغذیه مناسب؛ حمام با هوای معتدل در زمان ناشتا و دلک و ماساژهای چاق کننده.
- ۵- استفاده از حمام با هوای معتدل ناشتا و ریختن آب نیمگرم بر سر در این بیماران از بهترین تدابیر دانسته شده و در صورت تشنگی بعد از حمام استثناء نوشیدن اندکی آب در این بیماران جایز دانسته شده.
- ۶- دلک و ماساژهای فربه کننده برای حفظ صحت اینها موثر شناخته شده.

۴-۱-۳-۲- پرهیزات

- علاوه بر توصیه‌های کلی ذکر شده یکسری پرهیزات عام هم برای این بیماران وجود داشت که آورده شد:
- ۱- پرهیز از مجففات و آنچه باعث از دست رفتن رطوبات و یا خشکی بدن می‌شود مثل جماع؛ تعریق زیاد؛ حرکت شدید؛ غضب؛ فکر زیاد و غم.
 - ۲- پرهیز از پوشیدن لباس سیاه یا نگاه کردن به سیاهی و تاریکی و حتی خوراکیهای سیاه مثل تخم خرفه پوست گرفته نشده و یا نشستن در مکان تنگ و تاریک

۳- پرهیز از اغذیه ای که در بدن سودا را افزایش می دهد: عدس؛ کلم؛ بادمجان؛ شبت؛ شنبلیله؛ تره؛ سیر پیاز؛ خردل؛ باقلا؛ گوشت خشک؛ شراب غلیظ و تازه؛ چیزهای تند و شور و شدیداً ترش؛ گوشت گاو و اسب و شتر و گوشت شکار؛ ماهیهای بزرگ و ماهیهای نمک سود؛ پنیر خشک؛ ترب و نان سبوس دار

۴- پرهیز از تدابیر منجر به گرمی و خشکی مثل گرسنگی؛ تحمل عطش یا ورزش و خستگی زیاد

۵- پرهیز از تنهایی و بی کاری

۶- پرهیز از موادی که در آنها قبض و گسی وجود دارد

۷- پرهیز از چیزهایی که ذاتاً گرم یا سرد باشند

۴-۱-۳-۳- پروتکل درمانی

اگر بخواهیم از منظر طب سنتی ایرانی برای علاج در این بیماری پروتکلی بیان کنیم باید سه قانون مهم را در درمان این بیماران رعایت کرد؛ تا بتوان به این بیماران کمک کرد:

۱- ترطیب بسیار

۲- استفراغ سودا

۳- تقویت قلب و مغز

۴-۱-۳-۳-۱- رطوبت بخشی

روش های رطوبت بخشیدن: بهترینش خواب خوب کردن؛ استفاده از اغذیه مرطب شامل غذاهای چرب شیرین و مواد غذایی بی طعم که در غذاهای لذیذ به کار گرفته شوند ولی استفاده از روغن زرد یا چربی زیاد در این افراد ممنوع است؛ چرا که منجر به ایجاد بخارات شده که برای این افراد مضر است. حمام معتدل قبل از غذا و خوردن غذا بعد از آن؛ ریختن داروهای

رطوبت بخش و آب ولرم بر سر هم از راههای دیگر رطوبت بخشی به این بیماران شناخته شده‌اند. (۸۲)

۴-۱-۳-۲- نکته مهم توجه به گوارش بیماران

در این بیماری به وضعیت معده بیمار و هضم وی باید توجه کافی داشت چه برای نحوه تغذیه بیمار چه برای نحوه استفراغ سودا؛ مثلاً ذکر شده در ضعف هاضمه در این بیماران اگر فساد طعام به صورت ترش شدن دهان و آروغ ترش ایجاد شود؛ بیمار باید به قی واداشته شود و بعد از آن از جوارشات مقوی دهانه معده تجویز شود و باید بیمار را از تخلیط غذایی بالای غذای فاسد پرهیز دهند. (۹۱)

۴-۱-۳-۳- استفراغ خلط سودا

روش‌های استفراغ در این بیماری هم متفاوت است؛ که بسته به محل استقرار سودا اینکه در سر متمرکز باشد یا در کل بدن این تفاوت ایجاد می‌شود؛ در سودای متمرکز در سر استفراغ ماده یا با حقه یا با قی صورت می‌گیرد (مگر اینکه بیمار معده ضعیف داشته باشد یا منعی برای قی کردن داشته باشد یا اینکه مالیخولیا از نوع مراقی باشد که علایم گوارش در آن شاخص است) و یا فصد رگ پیشانی؛ اما در سودای عام در بدن بویژه اگر عروق ممتلی باشد که بیشتر نشان از سودای دموی است فصد ارجح است به ویژه فصد اکحل یا باسلیق و برخی هم مانند مسیحی فصدقیفال را پیشنهاد کرده اند؛ البته در زنان فصد صافن ارجح شمرده شده چون اغلب این بیماری در زنان مشارک رحمی است و با این کار علاوه بر دور کردن ماده باعث تحریک رحم جهت دفع ماده از طریق ادرار حیض می‌شود و بدین ترتیب از یک راه طبیعی دفع صورت می‌گیرد که برای طبیعت مدبره بدن قابل قبولتر است. فصد در ابتدای درمان؛ هم جهت تقلیل ماده و هم کمک به تنقیه دارویی توصیه شده است؛ مگر در مواردی که منع فصد

وجود داشته باشد مثل ترس از سقوط قوه بیمار (در بیماران ضعیف)؛ یا کم بودن میزان ماده و یا فقط در دماغ بودن آن؛ یا مواردی که خشکی زیادی بر بدن غلبه کرده باشد. (۳۶، ۸۲، ۹۲)

۴-۱-۳-۳-۴ - برخی داروهای به کار رفته در مالیخولیا

تعدادی از داروهایی که به تکرار در نسخ ذکر شده آمده بودند در ذیل آورده شده اند:

۴-۱-۳-۳-۴ - تعدادی داروهای مرکبه که با درمان مالیخولیا مرتبط هستند
اما داروهایی که در تنقیه سودا موثرند و برای مالیخولیا مجرب شناخته شده‌اند اغلب داروهای مرکبه بودند؛ که شامل انواعی از اطریفلات بویژه نوع اف تیمونی آن؛ برخی ایارجات مثل ایارج بوعلی و ایارج شبیار؛ جلاب؛ جلنجبین؛ انواعی از حب ها مثل: حب اسطوخودوس؛ حب اصطمخیقون؛ حب اف تیمون؛ حب شبیار؛ حب لاجورد؛ انواعی از خمیره ها از جمله: خمیره - ابریشم (۷ نوع مختلف آن دیده شد)؛ خمیره بنفشه؛ خمیره‌های گاو زبان؛ خمیره مروارید؛ انواع دواء المسک ها؛ سفوفی چون: سفوف لنا؛ انواع سفوف لاجورد؛ سفوف مروارید؛ برخی سعوطات جهت تقویت دماغ و رفع وسواس؛ انواعی از سکنجبین‌های اف تیمونی؛ برخی شربتها مانند انواع شربت ابریشم؛ شربت اسطوخودوس؛ شربت افسنتین؛ انواع شربت گاوزبان؛ شربت بالنگو؛ شربت مسهل و...؛ برخی ضمادات؛ برخی عرقیات و نیز ماءالجبن؛ که از بهترین منضجات و مسهلات شمرده شده است؛ انواع ماءاللحم؛ انواع مطبوخات (جوشانده ها)؛ بویژه مطبوخات اف تیمونی؛ برخی معاجین مثل: معجون اف تیمونی؛ معجون نجاج؛ معجون برمکی؛ معجونهای مفرح: مفرح بارد؛ مفرح حار؛ مفرح دلگشا؛ انواع مفرح یاقوتی و... که تقویت عام و تقویت قلب و دماغ می‌کنند و برخی نطولات که هم برای پاکسازی و هم برای تقویت از آنها استفاده می‌شده است. (۳۶، ۵۲، ۷۷، ۹۱، ۹۳)

۴-۱-۳-۳-۴-۲ - تعدادی از داروهای مفرده که با درمان مالیخولیا ارتباط دارند
بیشترین داروهایی که در مسهلات و معاجین مرکبه در این طیف بیماریها بکار گرفته
شده شامل: فیکرا(صبر)؛ شحم حنظل؛ جنبدیدستر؛ غاریقون؛ اف تیمون؛ خربق سیاه؛ هلیله کابلی؛
بسفایج؛ سنا مکی؛ تربد؛ صبر؛ اسطوخودوس و ... بودند که در جدول شماره ۲-۴ آورده شده
اند. (۹۴) (جدول ۲-۴)

جدول ۲-۴ مشخصات تعدادی از مفردات به کار رفته در درمان مالیخولیا به همراه نام علمی آنها

توضیحات	واژه ممیزی	درجه دارو	نامهای کهن و جدید	نام خانواده	نام علمی	شماره
مفرح روح حیوانی؛ نفسانی و طبیعی و مقوی آنها		گرم و خشک در اول	ابریشم-ابریسم - کناغ - قز - ریشم - کچاریشم - برنی - ایپک - شارب - شباریه - ستاریه-شاهربا		Cocoon Silk*	۱
بالخاصیه درامراض سوداوی؛ تنقیه سودا و تفریح قلب موثر بی عدیل و مجرب در تنقیه سودا	بی عدیل و مجرب	گرم در سوم و خشک در آخر اول	افتیمون- سس صغیر- دواء الجنون	Cuscutaceae	<i>Cuscuta epithymum</i> L.	۲
اسهال با آن جهت صرع ؛ مالیخولیا؛ جنون؛ نسیان؛ جمود؛ شخوص و وسواس سوداوی	نافع	دوم گرم و خشک	اسطوخدوس-آنس الارواح- ممسک الارواح- انیس الارواح - سخاوس- سخاوس- تنتنه- تینه	Lamiaceae	<i>Nepeta menthoides</i> Bu.&Bo <i>Lavandula stochas</i> L.	۳

۴	<i>Spinacia oleraceae</i> L.	Chenopodiaceae	اسفناج - سَفَانَاخ - فارسی اسفناخ - به هندی: پالک - یونانی: سوناخیوس - سوسان فوسوخیوس - سومانیوس - سوماجیوس - سومافیون - رومی: ابرقیا - ابرقلیا ترکی: ابرقیا	در آخر اول سرد و تر	نافع	با لحوم جیده جهت مالیخولیا؛ جنون؛ قطرب و ما نیای حاد از سودای صفراوی
۵	<i>Artemisia absinthium</i> L. <i>Artemisia maritima</i> L. <i>Artemisia silversiana</i> Eh.&Wi.	Asteraceae	آفسنتین (افسنطین) فارسی: مروه - موی بخوشه عربی: خَتَرَق - خترف (خرق) مصری: دسیسه ونوع جبلی آن را ربل گویند هندی: مجتری - شتارو - یونانی: ابستیون	گرم در اول دوم و خشک در آخر دوم	نافع	در مالیخولیا؛ وبا افتیمون و اسطوخودوس منقی و مسهل سودا
۶	<i>Embelica officinalis</i> Ga. <i>Phyllanthus embelica</i>	Euphorbiaceae	آمله - املج	دوم سرد و اول سوم خشک	نافع	برای مالیخولیا بویژه مراقی حادث از صفرای محترق؛ منع مخالطت سودا و ابخره سوداویه و صفراویه با روح؛ مقوی قلب و اعصاب و حواس دماغ

۷	<i>Hypericum baratum</i> L. <i>Hypericum ciliatum</i> L. <i>Hypericum coris</i> L. <i>Hypericum perforatum</i> L.	Hypericaceae	انس النفس - کرفس آبی - هوفاریقون - حشیشة النفس - مونس الوحش - گل راعی - علف چای	سوم گرم و خشک	به غایت نافع	کار برد در موارد امراض سوداوی
۸	<i>Pimpinella anisum</i> L. <i>Anisum vulgare</i> Gaertn.	Umbelliferae	انیسون - عربی: الرازیانج الرومی - الرازیانج الشامی - حب الحلوه و کمون الحلو - فارسی بادیان رومی و زیره رومی - هندی: رندنی	گرم در دوم و خشک در سوم	نافع	برای مالیخولیا؛ سفوف یا جوشانده آن به تنهایی یا در ترکیب با گلکند
۹	<i>Terminalia chebula</i> Ret. <i>Myrobalanus bellerica</i> Gaertn.	Combretaceae	اهلیج - به فارسی: هلیله - به هندی: هروهه	در اول سرد و در دویم خشک؛ خشکی کابلی از سایر انواع کمتر (به اعتبار کمال رسیدگی آن)		جهت تقویت معده، دماغ، ذهن، حفظ، حواس، تفتیح سدد، صداع، مالیخولیا، تصفیه ارواح، وسواس سوداوی، خفقان، غثیان و منع صعود بخارات به دماغ (انواع هلیله این کاربردهای کلی برایشان مطرح است)

۹	<i>Terminalia chebula</i> Ret. <i>Myrobalanus chebulae</i> Gaertn.	Combretaceae	اهلیج کابلی-هلیله کابلی	در برودت معتدل و در اول خشک (بعضی گرم به اعتدال میدانند)		مسهل بلغم و سودا و صفرای مخلوط به اخلاط؛ جهت صداغ و نسیان و تقویت جمیع حواس خصوصاً حفظ؛ جهت مالیخولیا و اصلاح حال دماغ
۱۰	<i>Terminalia citrina</i> Roxb. <i>Myrobalanus citrinae</i> Gaertn.	Combretaceae	اهلیج اصفر-هلیله زرد	در آخر اول سرد و در دویم خشک		در افعال قریب به اهلیج کابلی؛ مقوی دماغ
۱۱	<i>Terminalia horrida</i> stend. <i>Myrobalanus nigrae</i>	Combretaceae	اهلیج اسود- اهلیج هندی- هلیله سیاه	در وسط اول سرد و در دویم خشک	نافع	مقوی حواس و ذهن و حفظ دماغ؛ مصفی خون از سودا و ارواح از کدورت؛ نافع برای مالیخولیا و وسواس سوداوی (پنج درهم از آن و حجر ارمنی مغسول یک درهم و سقمونیای انطاکی مشوی ربع درهم حب ساخته با ماء الجبن فرو برند جهت مالیخولیا نافع)
۱۲	<i>Matricaria chamomilla</i> L. <i>Tripleurospermum disciforme</i> <i>Anthemis nobilis</i> L.	Compositae	بابونه-بابونه (بابونج)- قرآص-قحوان-اقحوان- بابونک-بابونق	دوم گرم آخر اول خشک	نافع	مقوی دماغ و اعصاب؛ دارای قوت تریاقیه؛ جهت امراض دماغی و دفع عفونت سودا
۱۳	<i>Melissa officinalis</i> L. <i>Dracocephalum moldavica</i> L. <i>Asperugo procumbens</i>	Labiatae Boraginaceae	بادرنجبویه-بادرنگبویه	گرم و خشک در اواسط دوم	نافع	مقوی دل و دماغ؛ جهت وحشت سوداوی و تحلیل سودا

۱۴	<i>Ocimum basilicum</i> L. <i>Ocimum album</i> L.	Labiatae	بادروج-بادروج-ریحان کوهی- تره خراسانی- اوقیمین- جوک- تلسی جنگلی	دوم گرم و اول خشک		مفرح و مقوی دل
۱۵			بادزهر معدنی	آمعتدل مایل به حرارت خشک در دوم	نافع	جهت مالیخولیا و ربو و ضیق النفس و ازاله هم و غم و توحش و خفقان و ضعف قلب و معده
۱۶	<i>Corallium rubraum</i> L. <i>Isis nobilis</i> Pall. E: Coral		بسد- مرجان- حجر شجری	در اول سرد و در دویم خشک		مفرح و قابض و مجفف و دافع وسواس و جنون و صرع و خفقان
۱۷	<i>Polypodium vulgare</i> L.	Polypodiaceae	بسفایج- بسپایج- بسپایک	گرم در آخر دویم و خشک در اول دوم	نافع	جهت دفع سودا و جذام و علل سوداوی مسهل مره سودا و بلغم غلیظ زایل کننده مالیخولیا و جذام در صورت نوشیدن با فلوس خیار شنبر نافع جمیع علل سوداویه و مفرح بالعرض
۱۸	<i>Ipomea turpethum</i> R.Br. <i>Convolvulus turpethum</i> L. <i>Aster tripolium</i> L.	Convolvulaceae Compositae	تربد- هندی: نسوت- ناک پتر- بداره- در بنگاله: پتوهری	در اول سوم گرم و در آخر سوم خشک	نافع	منقی دماغ با پوست هلیله کابلی و امثال آن جهت مالیخولیا و جنون و صرع

۱۹	Castoreume*		جند بیدستر- بیدستر- یونانی: اکسیانوس - فارسی: آش بچگان ترکی: اغلان اشی	در آخر سیم گرم و در دویم خشک		الطف و اقوی جمیع ادویه حاره یابسه؛ جهت امراض بارده رطبه دماغی و ریحی و عصبانی و مالیخولیای مراقی
۲۰	<i>Strychnos nux-vomica</i> L. <i>Trichilia emetica</i> Wahl. <i>Euphorbia curcas</i>	Loganiaceae Meliaceae Euphorbiaceae	جوز القی- هندی: مین پهل- فرنگی: نور مطلیه	در دویم گرم و خشک		مقی بلغم و مسهل و جهت امراض بارده دماغی و عصبانی
۲۱	<i>Smilax</i> L. <i>Smilax glabra</i> Roxb.	Asparaginaceae	چوب چینی	تر و تازه آن حار رطب با یبس بسیار کم؛ کهنه شدن باعث یبس؛ کاهش رطوبت و افزایش تأثیر حرارت یابس آن می گردد	نافع؛ از مجربات مکرر	جهت مالیخولیا و امراض سوداویه و بلغمیه مزمنه و بویژه در مالیخولیای محترق از بلغم: در معالجات امراض قلبی و دماغی از مجربات مکرر
۲۲	<i>Citrullus colocynthis</i> Schard. <i>Trigonella hamosa</i> L.	Cucurbitaceae Papilionaceae	حنظل- علقم- هندوانه ابوجهل- خربزه روباه عربی: کسب- شیرازی: کوش- کرمانی: خرزهره- هندی: اندراین- کاپهل- مهاکال	در چهارم گرم و در دوم خشک	به غایت مفید	و سایر امراض سوداویه با افتیمون و انیسون و ایارج فیکرا جهت مالیخولیا

۲۳	Wine * (<i>Vitis vinifera</i>)		خمر	عتیق آن در سیم گرم و در دویم خشک؛ قدیم آن در سیم گرم و خشک؛ مسطار آن در دویم گرم و تر؛ سرخ و خوشبوی آن که عبارت از ریحانی است معتدل؛ شش ماهه تا یک ساله آن در دویم گرم و مایل به رطوبت؛ تفه آن که قهوه نامند اربط		شجاعت و سخاوت و فرح و نشاط می آورد و بخل و ظنون فاسده و خیالات ردیه و امراض دماغیه مانند مالیخولیا و جنون و وسواس را برطرف می کند
۲۴	<i>Helleborus niger</i> L. <i>Veratrum nigrum</i> L.	Ranunculaceae Liliaceae	خریق سیاه- به هندی: کتکی	در آخر سیم گرم و خشک		مسهل مره سودا و بلغم و صفرای آمیخته با بلغم و جذاب از عمق بدن
۲۵	<i>Piper longum</i> L. <i>Piper nigrum</i> L.	Piperaceae	دارفلفل-فارسی: فلفل دراز- به هندی: پیپل و پیپلی	در آخر دویم گرم و خشک		محلل مواد بارده؛ باعث تنویر اخلاط بدن و بالجمله مفید در امراض بارده رطبه

۲۶	<i>Gallus gallus domesticus</i>		دجاج- به فارسی: مرغ خانگی- به هندی: ککری و مرغی- به عربی: نر آن دیک- به فارسی خروس- به هندی: ککر و مرغا نیز نامن	جوان فربه اهلی خانگی: در آخر اول گرم و در رطوبت معتدل- مرغ بچه از آن ارطب به رطوبت فضلیه- حرارت نر نسبت به ماده کمتر و یبوست بر آن غالب- خروس بچه اعدل و مایل به رطوبت	عجیب النفع	طبخ آب گوشت آن با قدری بسفایج اخراج مواد سوداویه به نیکویی نماید؛ مرغ بچه و مرغ جوان قوی تر در افعال؛ زیاده کننده جوهر دماغ و فهم و رافع خیالات فاسده؛ پخته آن جهت زیادتی جوهر دماغ و تقویت قوت مفکره و نیکویی ذهن و تصفیه صوت و ادمان آن باعث بلادت؛ پیه آن جهت تلین صلابات و مواد سوداویه و طلای نیم گرم آن بر سر جهت مالیخولیا و جمیع امراض یابسه عجیب النفع خصوصاً که سه مرتبه پی هم بمالند
۲۷	<i>Doronicum roylei</i> DC. <i>Doronicum grandiflorum</i> Lam.	Compositae	درونج	در سیم گرم و خشک	نافع	محلل بلغم و سودا؛ مقوی حواس و دل؛ مفرح و با تریاقیت؛ جهت خفقان و مالیخولیای مراقی نافع
۲۸	<i>Zingiber zerumbet</i> Rosc. <i>Amomum zerumbet</i> L. <i>Curcuma zedoaria</i>	Zingibiraceae	زرنباد- عرق الکافور به هندی: کچور	در آخر دویم گرم و خشک و با رطوبت فضلیه	مجرب	مفرح و مقوی دل و دماغ و معده و موافق روح حیوانی و طبیعی؛ مسهل سودا؛ جهت وحشت و مواد سوداوی و خفقان؛ ضمد تازه آن بر قدم بالخاصیه جهت رفع جمیع علل سر

۲۹	<i>Corcus sativus</i>	Iridaceae	زعفران - به سریانی: کرکم و جاوی - به فارسی: لرکیماس - به هندی: کیسر	در دویم گرم و در اول خشک		مفرح قوی و مقوی حواس و مغری و منضج و محلل و مصلح عفونت خلط بلغمی و مانع و حافظ آن از تغییر و فساد؛ مقوی جوهر روح حیوانی و جگر؛ رساننده قوت ادویه به قلب و سایر اعضا و مفتاح سده دماغ
۳۰	Emerald*		زمرد - به هندی: پنا	در دویم سرد و در سیم خشک		مفرح و مقوی حرارت غریزی و ارواح و دل و دماغ و کبد و معده و رافع صرع و هم و غم و حزن و خفقان
۳۱	<i>Triticum spelta</i> L. <i>Avena sativa</i> <i>Gymnorithon tragus</i> L.	Gramineae	سلت - به فارسی: جو برهنه - به زابلی: جو گندم - به هندی: آت جو به مد الف و کسر تای مثناء فوقانیه و فتح جیم و واو	گرم و خشک و گفته اند که در اول گرم و در دویم تر	بسیار [نافع]	حریره آن با روغن زیتون و یا کره بسیار جهت مالیخولیا و هذیان
۳۲	<i>Cassia angustifolia</i> Vahl. <i>Cassia acutifolia</i> Deli.	Caesalpinaceae	سنای مکی - به هندی: مهار	در آخر دویم گرم و در اول خشک		مسهل بلغم و سودا و صفرا و اخلاط سوخته؛ منقی دماغ و شدید الغوص به عمق بدن و مقوی آن جهت امراض سوداوی و وسواس سوداوی

۳۳	<i>Valerian asp.</i> <i>Nardostachys jatamansi</i> DC. <i>Valeriana officinalis</i> L.	Valerianaceae	سنبل - سنبل الطیب - سنبل العصافیر - به یونانی: ناردین - به هندی: بال چهر و جتاماسی - به لاطینی: نارود	در آخر دویم گرم و خشک		مفتح سده دماغی و معده و کبد و مقوی دماغ
۳۴	<i>Aloe littoralis</i> Baker <i>Aloe barbadensis</i> Mill. <i>Aloe vera</i> L.	Liliaceae	صبر و صبارا در عربی - به سریانی: علوی - به یونانی: فیقرا و الیا - به رومی: الیا به هندی: ایلیا و الوا و ایلوا و یول سیاه - در بنگاله: مصبر (درخت آن را اهل شام و نواحی آن صبارا و به هندی کهیکوار نامند)	در دویم گرم و خشک و مرکب القوی		دافع مالیخولیا و حدیث نفس و اکثر امراض دماغی حادث به مشارکت معده؛ مسهل قوی هر خلط مهبیای مجموع در معده و سر؛ جاذب از اقصای بدن؛ با مصطکی منقی دماغ
۳۵	<i>Santalum sp.</i> <i>Santalum album</i> L. <i>Pterocarpus santalinus</i> L.	Santaliaceae	صندل - سندل - به یونانی: حلوسطقاقیل به رومی: فلوریکا - به هندی: چندن	سفید و زرد آن در سیم سرد و در دویم خشک و سرخ آن در دویم سرد و در سیم خشک		سفید آن مفرح و مقوی دل و معده و رادع و قابض و با تریاقیت؛ منع صعود بخارات به دل و دماغ و برسام و ضعف قوت حافظه و ذهن و دل و معده و جگر به تخصیص در محرور المزاج صندل سرخ در افعال مذکوره از تفریح و غیر آن شرباً ضعیف تر و طلاء قوی تر از سفید

۳۶	Ambergris*		عنبر	در دویم گرم و در اول خشک		حافظ ارواح و قوت‌های حیوانی و نفسانی و طبیعی و بغایت مفرح مبرودین؛ بالطبع دافع امراض بارده عموماً و بالتخصیص امراض بارده دماغیه و قلبیه و خوشبو کننده دهان و بالخاصیت دافع امراض حاره قلب و دماغ و منعش حرارت غریزی است
۳۷	<i>Aquilaria malaccensis</i> Lam. <i>Aloexylon agallocha</i> Roxb.	Thymelaeaceae Papilionaceae	عود-به هندی؛ لکری و دالی (ازمطلق آن مراد نزد اطبا عود هندی است که به هندی اکر نامند)	در آخر دویم گرم و در سیم خشک	بغایت مفرح؛ بسیار مقوی	حافظ ارواح و قوت‌های حیوانی و نفسانی و طبیعی و بغایت مفرح مبرودین؛ بالطبع دافع امراض بارده عموماً و بالتخصیص امراض بارده دماغیه و قلبیه و بالخاصیت دافع امراض حاره قلب و دماغ و منعش حرارت غریزی؛ آشامیدن آن بسیار مقوی حواس و اعضای دماغی و اعصاب و به دستور بخور آن مقوی و محلل فضول رطبه دماغیه است

۳۸	<i>Polyporus officinalis</i> Fr.		غار یقون	در اول گرم و در دویم خشک		مسهل بلغم و سودا و صفرای مخلوط با هم و ملطف اخلاط غلیظه و مقطع مواد لهجه غلیظه؛ بغایت مقوی عصب و دل و دماغ و مفرح بالعرض و مصلح فساد اخلاط فاسده
۳۹	<i>Paeonia officinalis</i> Retz. <i>Paeonia coralline</i> L.	Paeoniaceae	فاوانیا- فاوانیای رومی	گرم به شدت؛ نوع رومی: گرم و خشک در سوم و برخی مایل به اعتدال گویند	مفید	بالخاصیت مفید (تعلیقات آن)؛ جهت اکثر امراض سر و تفتیح سدد
۴۰	Silver*		فضه-نقره-به هندی: روپا-به سریانی: سیما- به رومی: ارجوا-به یونانی: اکورا- به ترکی: کرمس-به فرنگی: ویراط	در اول سرد و خشک و با قوت قابضه و مجففه		جهت مالیخولیا و جنون و وسواس؛ در تفریح قریب به یاقوت
۴۱	<i>Eletaria cardamomum</i> White & mat. <i>Amomum melegueta</i> Ros.	Zingibiraceae	قافله-هیل-به یونانی: قطیداوس- به سریانی: شرفیون و شوشما-به فرنگی: کرده موم-به فارسی هیل-به عربی هال-به هندی الایچی قافله صغار- شمشیر- شوشمش- خیربوا- هیل بوا- هال بوا- هیل انثی-به هندی: گجراتی الایچی و چهوتی الایچی	در دویم گرم و خشک و با قوت تریاقیت و قابضه		مفرح و ملطف و جالی و محلل

۴۲	<i>Carthamus tinctorius</i> L.	Compositae	قرطم - حب العصف - بزر الاحريض - به فارسی: خسکدانه و تخم کافشه به گیلانی: تخم کاجره و تخم کازیره - به هندی :کروکسبنه و کابیچ به سریانی: کشنی - به رومی: قنطادوس - به یونانی: اطرقطوس (دیسقوریدوس فنیفس نامیده و بری آن را فنیفس اغریون یعنی اصفر بری)	در دویم گرم و در آخر اول خشک با قوت مسهله	موثر	مسهل و مخرج بلغم رقیق و اخلاط محترق؛ ماء الجبن افتمونی ساخته شده با قرطم جهت مالیخولیا و وسواس و توحش و خفقان و جذام و جرب و حکه و اکثر امراض سوداویه مؤثر؛ آشامیدن لبن منجمد از شیر آن و اندک نمک هندی در فعل اقوی است
۴۳	<i>Atriplex hortensis</i> L. <i>Atriplex rosea</i> L. <i>Atriplex hastate</i>	Chenopodiaceae	قطف - سرمق (معرب از سلمه و یا سرمگ و یا سرمه فارسی) - به سریانی: قفطا - به یونانی: افیلوکیون و فکرکسیس - (دیسقوریدوس: اندرا فکسیس و به قولی اطرافس نامیده) - به فارسی: اسفناج رومی - به هندی: پالک ؛ ککروه و بتهوا	در دویم سرد و تر و سردی و تری بری کمتر از بستانی؛ تخم آن در گرمی معتدل و در اول خشک		مفتح سدد و مسهل و محلل لزوجات؛ ساق آن مفتح سدد و رافع اورام حاره باطنیه و ظاهریه؛ برگ پخته آن سریع الهضم و مولد خلط صالح و موافق کبد حار و صفاوی مزاجان خصوصاً با آب غوره و انار و مسکن عطش و صاحبان حمیات حاره و طحال

۴۴	<i>Canis lupus familiaris</i>		کلب؛ به ترکی آیت[آیت]-به هندی: کته-سگ ماده به هندی: کتی و کتیه	در دویم گرم و خشک و بچه بیست روزه آن گرم تر	قوی الاثر	آشامیدن پخته آن با ادویه خوشبو جهت جنون و مالیخولیا قوی الاثر
۴۵	<i>Cynara scolymus L.</i>	Compositae	کنگرزد-کنگری-تراب القی	در دویم گرم و در اول خشک		مقی بلغم و صفرا به آسانی چون با آب گرم و سکنجبین بیاشامند
۴۶	Amber*		کهربا- به یونانی: دیامنیتس-به سریانی: حمرما-به رومی: میغیرس-به هندی: کپور-به عربی: قرن البحر و مصباح الروم			
۴۷	Breast milk*		لبن النساء- شیر زنان	در دویم سرد و تر و از دختر زاییده سردتر		هت ترطیب و تقویت دماغ و رفع بیخوابی؛ آشامیدن آن جهت ترطیب دماغ؛ سقوط آن جهت رفع خشکی دماغ و اختلاط عقل و مالیخولیا و جنون صفراوی و دموی و سهر و امثال اینها (نیز ضماد آن بر سر)

۴۸	<i>Echium amoenum</i> Fis.&Mey <i>Borago officinalis</i> L. <i>Anchusa officinalis</i> L.	Boraginaceae	لسان الثور - به فارسی: گاوزبان - به یونانی: فو - به لاطینی: بکلورم و به لغتی دیگر پیرا اجم - به هندی: سنگاهولی	تازه آن در اول گرم و تر؛ خشک آن دارای رطوبت کمتر و مایل به یبوست؛ گل آن الطف جمع اجزای آن		مفرح و مقوی ارواح و حرارت غریزی و اعضای ریسه و حواس؛ ملین طبع و مسهل مره صفرا و اخلاط محترقه و سودای متولد از خلط سوداوی و تسکین اعراض آنها و امراض سوداویه مطلقا نافع؛ آشامیدن آن با مطبوبات مناسبه جهت سرسام و برسام و مالیخولیا و جنون و نیکویی حواس و رنگ رخسار و تفریح و خفقان سوداوی و توحش و وسواس و حدیث نفس و فزع و خوف و غم و هم
۴۹	Musk*		مسک - به فارسی مشک - به سریانی: مسکه - به رومی: مورون - به ترکی: یبار به هندی :کستوری	گرم در سیم و خشک در دویم (شیخ الرییس و دیگران گرم در دویم نوشته‌اند و بعضی خشکی آن را غالب بر گرمی دانسته‌اند) هر چند کهنه تر یبس بر آن غالب تر و حرارت آن ضعیف تر	نافع	نملطف و مفتاح سدد و محلل اخلاط غلیظه بارده و ریاح؛ بالخاصیه مفرح و مقوی دل و دماغ و سایر اعضای ریسه و حرارت غریزه و اعضای ظاهری و باطنی؛ مذکی حواس ظاهره و باطنه؛ جهت مالیخولیا و سایر امراض عصبانی نافع؛ رساننده قوای ادویه به اعماق بدن

۵۰	<i>Pistacia Lentiscus</i> L. <i>Pistacia chia</i> DC.	Anacardiaceae	مصطکی - مصطکا معرب از مصطخای یونانی یا مصطخی رومی - به عربی: علک رومی - به سریانی: کیا - به رومی و سندی: کیه	گرم و خشک در آخر دویم (بعضی خشک در سیم گفته اند)	نافع	ملطف و محلل و جالی و قابض و مقوی قوا و اعضای ریسه؛ با روغن زنبق و با هلیجیات جهت وسواس و خبت نفس و مبادی مالیخولیا (برای آنکه مسهل سودا است)
۵۱	<i>Cocos nucifera</i> L.	Palmaeae	نارجیل - به هندی: تازه آن ناریل و خشک آن کهوپره - به فرنگی: کوکرس اندیگریس - به عربی: جوز هندی	مغز نارجیل تازه در وسط دویم گرم و در اول خشک؛ خشک آن: در آخر دویم گرم و در اول دویم خشک متکرج آن: در سیم گرم و در آخر دویم خشک؛ آب آن: در اول گرم و تر (همه اجزای آن با رطوبت فضیله)		مقوی حرارت غریزی و مسمن بدن و مولد خلط صالح؛ جهت دفع مواد بارده بلغمیه و سوداویه مانند استرخا و فالج و جنون و مالیخولیا و امثال اینها
۵۲	<i>Mesua ferrea</i> L. <i>Cinamomum cassia</i> Boiss. <i>Punica granatum</i> L.	Guttiferae Lauraceae Punicaceae	نارمشک - به معنی مسک الرمان - نارغیت - سوربار - به هندی: ناکیسر	در اول گرم و در دویم خشک و بعضی در دویم گرم و خشک دانسته‌اند و شیخ الرییس در سیم		ملطف و مرقق اخلاط و مانع تحلیل ارواح؛ آشامیدن آن مانع صعود بخارات به دماغ و قاطع آنها؛ جهت مالیخولیا و وسواس و تقویت دل و جگر و معده و امعای بارد المزاج (در ترکیب ادویه مفرح به کار برده می‌شود)

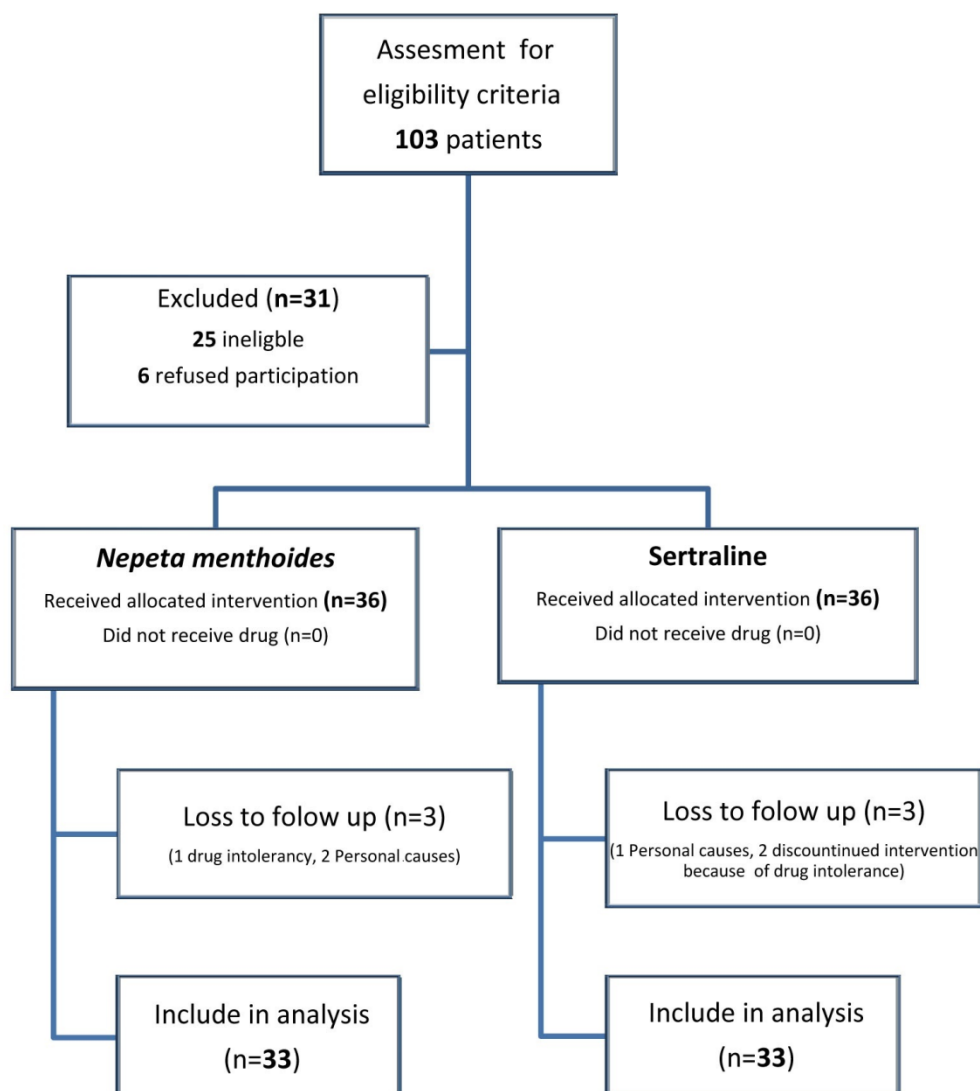
۵۳	Indian salt* (from <i>Maytenus vitis idaea</i>)		نمک هندی- به هندی: سینده لون	در اول سیّم گرم و خشک		مسهل ماء اصفر و سودا و بلغم
۵۴	Rubry*		یاقوت	در حرارت و برودت معتدل و در دویم خشک؛ زرد آن در دویم گرم و خشک؛ کبود آن در اول گرم و در سیّم خشک؛ سفید آن معتدل در گرمی و سردی و در اول دویم خشک		مفرح و مقوی دل و دماغ و آشامیدن یک درهم آن جهت رفع صرع و وسواس و خفقان؛ مصفای خون؛ حافظ حرارت غریزی و قوای حیوانی
* فقط نامهای لاتین به صورت موارد ستاره دار آورده شده است.						

۴-۲- کار آزمایی بالینی سنجش اثر عصاره آبی فریز درای شده نپتا منتوئیدس^۱ (اسطوخودوس) در مقایسه یا سرترالین^۲ در درمان افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی:

طی فروردین تا شهریور ۱۳۹۴؛ ۱۰۳ بیمار جهت شرکت در این طرح مطالعاتی به دو درمانگاه روانپزشکی مربوط به دانشگاه علوم پزشکی شیراز (درمانگاه روانپزشکی حافظ و درمانگاه روانپزشکی امام رضا) مراجعه کردند؛ که در مجموع ۷۲ بیمار واجد شرایط تشخیص داده شده و با تایید رضایتمندی از طریق امضاء فرم رضایت نامه آگاهانه؛ وارد طرح مطالعاتی ما شدند. بیماران به طور تصادفی در دو گروه کارآزمایی بالینی (گروه دریافت کننده فراورده سنتی و گروه دریافت کننده داروی استاندارد) تقسیم شدند. ۳۶ نفر در هر گروه که در طول مطالعه ۳ نفر از گروه نپتا (۲ نفر به خاطر مسائل شخصی و ۱ نفر به دلیل عوارض دارویی تهوع و استفراغ) و ۳ نفر از گروه سرترالین (یک نفر به دلیل مسائل شخصی و دو نفر به دلیل عوارض دارویی یکی به دلیل سرگیجه و دیگری به دلیل تهوع و استفراغ) از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۳۳ نفر از هر گروه مطالعه را به اتمام رساندند. مراحل ورود به مطالعه و تصادفی سازی و تکمیل گروههای مطالعه در شکل ۱-۴ نشان داده شده است.

1 Freeze dried aqueous extract of *Nepeta menthoides*

2 Sertraline



شکل شماره ۴-۱ ارزیابی ورود و خروج و نیز پیگیری بیماران در طول کارآزمایی بالینی

مشخصات دموگرافیک و شاخصهای بالینی بیماران در بدو ورود به مطالعه در جدول

شماره ۴-۳ آورده شده است.

جدول ۳-۴ مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران در بدو ورود به مطالعه

Criteria	N.menthoidesgroup (n=33)	Sertraline group (n=33)	P value
Age (mean±SD)	35.42±9.40	35.12±10.06	0.90
BMI (mean±SD)	24.32±4.78	24.79±3.63	0.66
Sex n (%)			
Male	8 (24.2)	8 (24.2)	1.00
Female	25 (75.8)	25 (75.8)	
Marital status n(%)			
Single	11 (33.3)	9 (27.3)	0.86
Married	22 (66.7)	24 (72.7)	
Educational level n(%)	8 (24.2)	15 (45.5)	0.15
Under diploma	13(39.4)	7 (21.2)	
Diploma	12(36.4)	11 (33.3)	
Upper diploma			
Inhabitant n (%)			
Shiraz	24 (72.7)	21 (63.6)	0.43
Others	9 (27.3)	12 (36.4)	
Job n (%)			
Unemployed	19 (57.6)	25 (75.7)	0.29
Employed	14 (42.4)	8 (24.3)	
Occupational stress			
Yes	12(36.4)	8 (24.2)	0.30
No	21 (63.6)	25 (75.8)	
Income			
≤10 million R	21 (63.6)	17 (51.5)	0.32
>10 million R	12 (36.4)	16 (48.5)	

R: Rial

از بین ۶۶ نفری که مطالعه را به پایان رساندند؛ ۵۰ نفر معادل ۷۵/۷۶٪ خانم بودند. ۱۶

بیمار (۶۸/۱۸٪) ساکن خود شیراز بودند؛ حدود ۳۸ نفر (۵۷/۵۸٪) درآمد ماهیانه پایین تر از

۳۰۰ دلار داشتند؛ ۴۴ نفر (۶۶/۶۷٪) بیکار بودند؛ ۲۰ نفر (۳۰/۳۰٪) مجرد بودند و ۸ نفر (۱۲/۱۲٪) ازدواج کرده ولی بدون همسر بودند یا در اثر مرگ؛ یا طلاق و یا به دلایل شخصی جدای از همسر خود زندگی می کردند (جدول ۳-۴).

درنمرات پرسشنامه افسردگی بک بیماران در بدو ورود به مطالعه تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۴-۴)

جدول ۴-۴ مقایسه نمرات افسردگی و اضطراب بک در دو گروه نپتا و سرترالین در ابتدای مطالعه

Baseline	N. menthoides	Sertraline	P value
BDI Score (mean±SD)	27.42±8.77	24.51±8.55	0.18
BAI Score (mean±SD)	23.15±11.08	26.18±10.24	0.25

در بررسی مزاج طبق پرسشنامه دکتر مجاهدی هر دو گروه در ابتدای مطالعه تقریباً مشابه بودند و تفاوت معنی داری در آنها دیده نشد. (جدول ۴-۵)

جدول ۴-۵ مقایسه مزاج بیماران در دو گروه نپتا و سرتالین در شروع مطالعه

Temperament			group		p-value from chi2
			group A	group B	
Wetness	Wet	N (%)	7 (19.44%)	5 (13.89)	0.61
	Intermedaite		14(38.89%)	18 (50.00%)	
	Dry		15 (41.70%)	13 (36.10%)	
Hotness	Cold	N (%)	7 (18.44%)	4 (11.11%)	0.15
	Intermedate		23 (63.89%)	19 (52.78%)	
	Hot		6 (16.67%)	13 (36.11%)	

نتایج آنالیز واریانس برای داده‌های تکرار شونده در طول مطالعه تفاوت معنی داری در

هر گروه نشان داد. ($F=74.02, P<0.001$) (جدول ۴-۶)

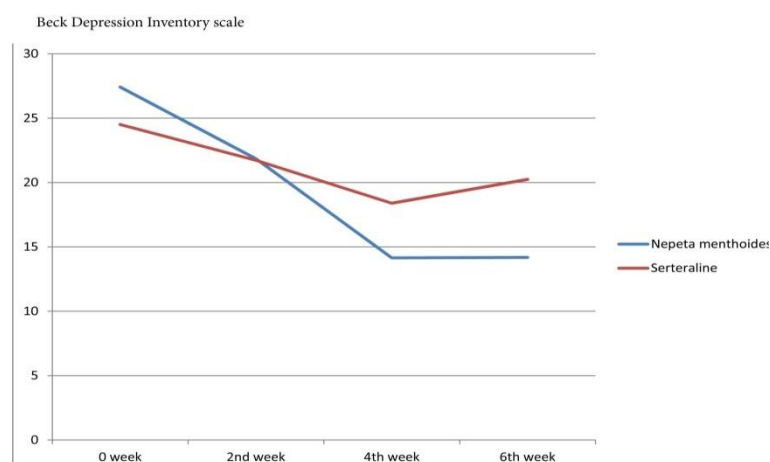
جدول ۴-۶ مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه نپتا و سرتالین در

هفته‌های ۰، ۲ و ۴

Time	N. menthoides	P value	Sertraline	P value
Baseline (mean±SD)	27.4±8.77	<0.001	24.51±8.55	<0.001
2 nd week (mean±SD)	21.85±10.71		21.73±9.89	
4 th week (mean±SD)	14.15±9.46		18.39±11.80	

با در نظر گرفتن گروه به عنوان مداخله گر (Subject-factor) تفاوت معنی دار واضحی

بین دو گروه مشاهده شد ($F=17.6, P<0.0001$) (شکل ۲-۴)



نمودار شماره ۱-۴ روند تغییرات دو گروه در طول ۶ هفته مطالعه در شدت معیار افسردگی بک

تفاوت نمره بک افسردگی در هفته ۶ و ۴ بیانگر بازگشت علائم بیماران دو هفته بعد از اتمام مداخله بود؛ که تفاوت معنی داری بین دو گروه از این لحاظ وجود نداشت؛ اگر چه در گروه نپتا شیب بازگشت علائم افسردگی کندتر بود. (جدول ۷-۴)

جدول ۷-۴ مقایسه تفاضل نمرات افسردگی بک هفته ۶ و ۴ در دو گروه نپتا و سرتالین

Group	BDI score 6 th week- BDI score 4 th week	P value
N. menthoides	0.03±0.56	0.29
Sertraline	1.96±1.32	

بین دو گروه از لحاظ بیقراری؛ سردرد؛ کاهش یا افزایش اشتها؛ خشکی دهان؛ تاری دید؛ احتباس ادراری؛ تهوع؛ حساسیت پوستی؛ خارش؛ عطش و مشکلات تنفسی تفاوت معنی داری وجود نداشت. در طول مطالعه تفاوت معنی داری در زمینه خواب آلودگی؛ بی خوابی؛ کاهش تمایل جنسی و یبوست در بین دو گروه دیده شد. برای از بین رفتن اثر مداخله گر برخی عوارض افسردگی که در ابتدای ورود به مطالعه وجود داشت؛ از تفاضل شدت علامت در هفته

چهاراز هفته صفر بهره گرفتیم. منفی بودن تفاضل دال بر موثر بودن مداخله و مثبت شدن آن دال بر عارضه دار بودن داروی مورد استفاده در نظر گرفته شد. (جدول ۸-۴)

جدول ۸-۴ مقایسه تفاضل عوارض موجود در هفته ۴ و ۰ بین دو گروه نیتا و سرتالین

Complications	N. menthoides group	Sertraline group	P value
	Mean±SD	Mean±SD	
Restlessness	- 0.97 ± 0.98	- 0.54 ± 1.31	0.13
Drowsiness	- 0.88 ± 1.08	0.44 ± 1.30	<0.0001*
Insomnia	- 1.03 ± 0.92	- 0.20 ± 0.96	<0.0001*
Headache	- 0.63 ± 1.09	- 0.28 ± 1.08	0.18
Decrease appetite	- 0.31 ± 1.08	- 0.11 ± 0.95	0.40
Increase appetite	- 0.11 ± 0.90	- 0.19 ± 1.21	0.75
Dry mouth	- 0.09 ± 0.85	0.14 ± 1.25	0.38
Decrease sexual desire	- 0.46 ± 1.09	0.28 ± 1.16	0.01*
Blurred vision	- 0.43 ± 0.85	- 0.22 ± 0.72	0.27
Constipation	- 0.37 ± 0.77	0.03 ± 0.88	0.046*
Urinary retention	- 0.17 ± 0.57	0.11 ± 0.98	0.14
Nausea, vomiting	- 0.34 ± 0.91	- 0.06 ± 0.95	0.20
Skin eruptions	0.11 ± 0.72	- 0.17 ± 0.81	0.13
Etching	- 0.06 ± 0.97	- 0.31 ± 0.92	0.27
Thirst	- 0.09 ± 1.12	- 0.03 ± 1.40	0.85
Respiratory complaints	-0.09 ± 0.37	- 0.06 ± 0.53	0.78

*p≤ 0.05 : Significant decreasing of the complications in N. menthoides group

از نظر معیار اضطراب بک هم در ابتدای مطالعه تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت؛ ولی نتایج آنالیز واریانس برای داده‌های تکرار شونده در طول مطالعه تفاوت معنی داری در گروهها در طول زمان نشان داد. (F=33.32, P<0.0001) (جدول ۹-۴)

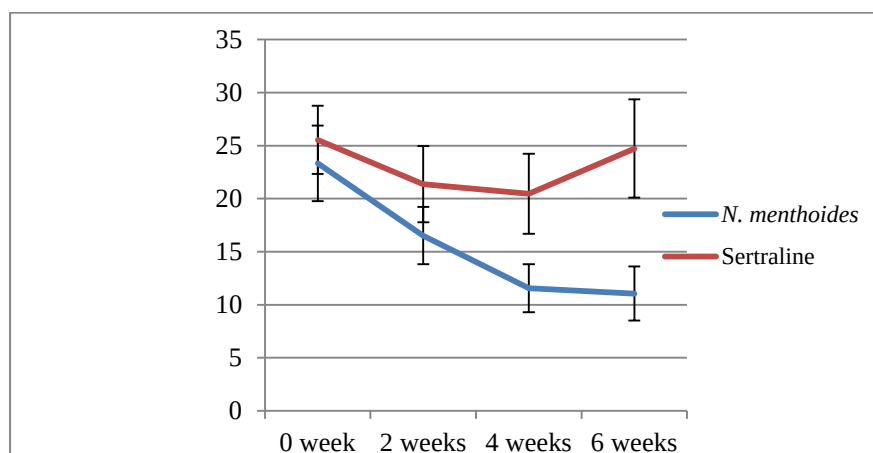
جدول ۹-۴ مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه اضطراب بک در دو گروه نیتا و سرترالین در

هفته‌های ۰، ۲ و ۴

Time	N. menthoides	P value	Sertraline	P value
Baseline (mean±SD)	23.15±11.08	<0.0001	26.18±10.24	< 0.005
2 nd week (mean±SD)	16.06±8.21		21.94±11.36	
4 th week (mean±SD)	11.51±7.01		21.27± 11.65	

با در نظر گرفتن گروه به عنوان مداخله گر (Subject-factor) تفاوت معنی دار واضحی

بین دو گروه مشاهده شد. ($F=11.37, P<0.0001$) (شکل ۳-۴)



نمودار شماره ۲-۴ روند تغییرات دو گروه در طول ۶ هفته مطالعه در شدت معیار اضطراب بک

تفاوت نمره بک اضطراب در هفته ۶ و ۴ بیانگر باز گشت علائم بیماران دو هفته بعد از

اتمام مداخله بود؛ که تفاوت معنی داری بین دو گروه از این لحاظ وجود داشت و بازگشت

علائم در گروه نیتا به وضوح کمتر از گروه سرترالین بود. (جدول ۱۰-۴)

جدول ۴-۱۰ مقایسه تفاضل نمرات اضطراب یک هفته ۶ و ۴ در دو گروه نپتا و سرتالین

Group	BDI score 6 th week- BDI score 4 th week	P value
N. menthoides	-0.56±4.22	0.03
Sertraline	2.10±5.14	

میزان کلی فنل؛ در فراورده گیاهی ۱۲۷/۰۹ mgGAE/q در هر گرم از عصاره بود و

میزان فلاونوئید ۱۶/۹۳ mgQE/q در هر گرم از عصاره گیاهی مورد استفاده گزارش شد.

منحنی کالیبراسیون استاندارد گالیک اسید در جدول ۴-۱۱ و شکل ۴-۴ و ارزیابی مقدار

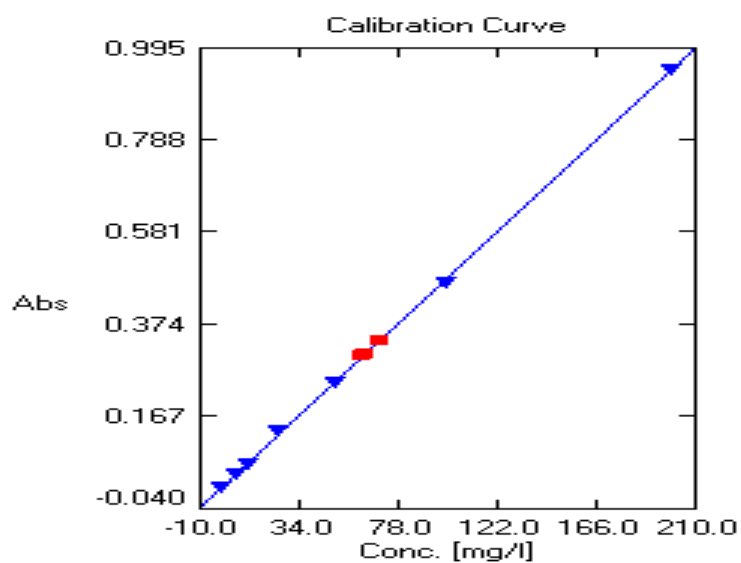
فنل فراورده در جدول ۴-۱۲ و ۴-۱۴ آورده شده است.

منحنی کالیبراسیون کوئرستین در جدول ۴-۱۳ و شکل ۴-۵ و ارزیابی مقدار فلاونوئید

در جدول ۴-۱۴ آورده شده است.

جدول ۴-۱۱ مربوط به منحنی کالیبراسیون استاندارد بر اساس گالیک اسید

Conc. (mg/lit)	Abs in 765nm
0	0.007
6.25	0.037
12.5	0.059
25	0.134
50	0.242
100	0.468
200	0.948



شکل ۴-۴ منحنی کالیبراسیون استاندارد بر اساس گالیک اسید

Calibration Curve Equation: $Abs = K1 * (Conc) + K0$

K0 0.00706

K1 0.00469

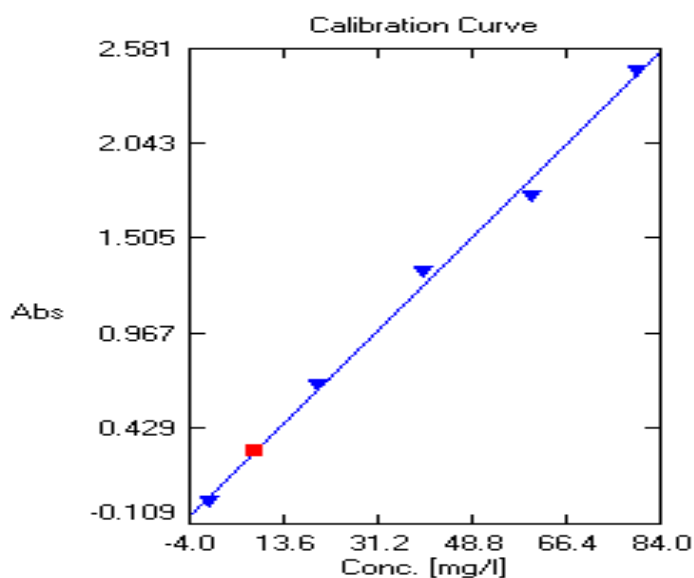
R² 0.9998

جدول ۴-۱۲ ارزیابی محتوای فنلی موجود در فراورده نپتا

ID	Stockconc.	Total phenol	Abs.	Total phenol content
Repititation	(mg/lit)	in stock (mg/lit)	in765nm	(mgGAE/g of extract)
1 th	500	63.76	0.36	127.52
2 nd	500	63.33	0.34	126.66
3 th	500	63.55	0.305	127.1

جدول ۴-۱۳ ارزیابی محتوای فنلانونوئیدی موجود در فراورده نپتا

ID	Stock conc.	Total	Flavonoid	Abs. in	Total	Flavonoid
Repititation	(mg/lit)	in stock (mg/lit)		415nm	content	(mg Q/g of extract)
1th	500	8.50		0.302	17	
2nd	500	8.50		0.302	17	
3th	500	8.40		0.299	16.8	



شکل ۴-۵ منحنی کالیبراسیون استاندارد بر اساس کوئرستین

جدول ۴-۱۴ ارزیابی میزان کلی خواص آنتی اکسیدانی و محتوای فنل و فلاونوئید موجود در

فراورده نپتا

	Total phenol content (mg Q/g of extract)	Total flavonoid content (mg Q/g of extract)	DPPH free radical scavenging assay (IC ₅₀ μg/ml)
Sample	127.09±3	16.93±0.11	564.21±6.9
Quercetin	-	-	35.67±21

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- توضیح کلی مساله

با توجه به آنچه در بخش مروری در مطالعات گذشته آورده شد؛ اگر چه واژه کاملاً معادلی برای بیماری افسردگی در طب سنتی ایرانی وجود ندارد ولی از توضیحات داده شده بر می‌آید که آنچه از آن به عنوان اعراض نفسانی نام برده می‌شود تقریباً با آنچه که در طب کنونی هیجانات روحی و حالات روانی خوانده می‌شوند؛ همخوانی دارد. با بررسی متون کتب قدیمی طب سنتی ایرانی به نظر می‌رسد هم و غم طول کشنده و نیز مالیخولیا می‌توانند علائمی را در فرد ایجاد کنند که با بیماری افسردگی امروزه همخوانی دارد. لذا استفاده از دستورات درمانی ذکر شده در این موارد می‌توانند تا حدودی راهگشا باشند. در طب سنتی ایرانی برای درمان بیماری‌ها یکسری قوانین کلی وجود دارد که شامل رعایت اصول حفظ الصحة؛ از بین بردن سبب بیماری؛ در صورت وجود سوء مزاج مادی عام؛ دفع ماده سبب آن؛ تعدیل مزاج عام؛ تقویت مزاج عام و در صورت وجود سوء مزاج عضوی؛ دفع ماده از عضو؛ تعدیل مزاج عضو و تقویت آن می‌باشد که بسته به بیماری و شدت و ضعف آن و ازمان آن این مراحل تعدیل شده و یا گاهی ترتیبشان تغییر می‌کند. درمورد بیماری‌های روان هم این قواعد صدق می‌کنند و بسته به اینکه علائم عام باشند یا عضوی به تنقیه خلط سودا از کل بدن یا از دماغ یا عضو دیگر درگیر پرداخته می‌شود. اما آنچه در اینجا مهم است و به نظر می‌رسد در طب کنونی هیچ توجهی به آن نمی‌شود اهمیت دادن به قلب در این بیماریست؛ چرا که مبدء تمامی ارواح از قلب است و نیز مبدء حرکات نفسانی روح حیوانی است که باز هم منبعث از قلب است و غم و شادی و ترس و خشم همگی از قلب نشأت می‌گیرند؛ لذا در درمان این بیماری علاوه بر عنایت به مغز جهت تنقیه و تقویت؛ باید به تقویت قلب هم پرداخت. بدین سبب پس از تنقیه سودا اغلب داروهای بکار رفته در ادامه درمان به تقویت قلب و مغز همزمان می‌پردازند مانند مفرحات بکار برده شده و یا خمیره‌های بکار گرفته شده و یا شربت‌ها که در بخش قبلی آورده شدند. از آنجایی که انجام یک پروتکل کامل درمانی در قالب کارآزمایی بالینی امکان پذیر نبود به ناچار فقط

یکی از داروهای مفرده ای که به کررات در داروهای ترکیبی در بحث پاکسازی دماغ و تقویت آن و در بحث مالیخولیا آورده شده بود یعنی اسطوخودوس را در بخش کارآزمایی بالینی این مطالعه مورد بررسی قرار دادیم.

۵-۲- مقایسه با مطالعات پیشین

در درمان افسردگی با گیاهان دارویی مطالعات متعددی صورت گرفته است و تحقیقات بر روی مکانیسم عملکرد گیاهان دارویی و نیز پیدا کردن موارد جدیدتر با عوارض جانبی کمتر همچنان ادامه دارد.

اگرچه مطالعه ما دومین مطالعه انسانی بر روی فرآورده عصاره آبی فریز درای شده نپتا منتوئیدس در درمان افسردگی است ولی مطالعات مشابهی بر روی گیاه زعفران (*corcus-sativus*) و نیز گیاه لاواندریا اسطوخودوس اروپایی انجام شده است. آخوندزاده و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در یک کارآزمایی بالینی دو سویه کور عصاره الکلی تغلیظ شده زعفران را با ایمی پیرامین مورد قیاس قرار دادند؛ در این مطالعه ۳۰ بیمار در دو گروه ۱۵ تایی در طول مدت ۶ هفته مورد بررسی قرار گرفتند؛ ابزار اندازه گیری پرسشنامه هامیلتون بود و عوارض جانبی بیماران از جمله آشفتگی و تحریک پذیری؛ اضطراب؛ گیجی؛ سرخوشی؛ آرامبخشی؛ سردرد؛ کم خونی؛ پر خوری؛ خشکی دهان؛ یبوست؛ احتباس ادراری؛ تهوع؛ نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که اثرات درمانی ایمی پیرامین و زعفران بر روی افسردگی بیماران افسرده سرپایی با شدت خفیف تا متوسط یکسان بود و عوارض آنتی کولینرژیک در گروه ایمی پیرامین بیشتر دیده شد و از نظر سایر عوارض تفاوت معنی داری در دو گروه وجود نداشت. هرچند علی رغم نداشتن تفاوت معنی دار؛ عوارضی چون آشفتگی؛ اضطراب؛ سرخوشی؛ سردرد و تهوع در گروه زعفران بیش از گروه ایمی پیرامین بود. در سال ۲۰۰۶ مطالعه دیگری توسط مشیری و همکارانش بر روی بررسی اثر گیاه زعفران در درمان افسردگی خفیف تا

متوسط در مقایسه با پلاسبو انجام شد. این مطالعه بر روی ۴۰ بیمار و در مدت ۶ هفته صورت گرفت که نحوه ارزیابی افسردگی در این مطالعه استفاده از پرسشنامه هامیلتون بود. در پایان هفته ۶ تفاوت معنی داری بین گروه زعفران با پلاسبو در اثرات مثبت بر خلق بیماران وجود داشت و از نظر عوارض تفاوت معنی داری در دو گروه دیده نشد. در دو مطالعه فوق تعداد بیماران کمتر از مطالعه ما بود و دوره پاک بودن از دارو یا در نظر نگرفته شده بود و یا زمان دو هفته رعایت شده بود که در مطالعه ما؛ زمان چهار هفته اختصاص داده شده بود؛ عوارض دارویی به شکل تعداد در کل دوره محاسبه شده بود که از آنجایی که خیلی از بیماران افسرده علائم سایکو سوماتیک فراوانی دارند که ممکن است با عوارض دارویی همپوشانی پیدا کند بهتر بود وضعیت عوارض در ابتدای مطالعه هم تعیین می شد؛ کاری که ما در این مطالعه به آن پرداختیم. در سال ۲۰۰۳ اثر بخشی لاواندر با ایمپیرامین توسط آخوند زاده و همکارانش مورد قیاس قرار گرفت. این مطالعه سه بازو داشت به یک گروه از بیماران با افسردگی خفیف تا متوسط لاواندر با پلاسبو؛ به گروه دیگر ایمپیرامین با پلاسبو و به گروه سوم لاواندر در کنار ایمپیرامین داده شد؛ لاواندر به تنهایی اثرات کمتری از ایمپیرامین داشت ولی درمان ترکیبی آن با ایمپیرامین از ایمپیرامین به تنهایی موثرتر شناخته شد. تعداد بیماران در این مطالعه ۴۵ نفر بود و طول درمان هم چهار هفته در نظر گرفته شده بود. اگرچه تعداد بیماران در این مطالعه کم بود و طول مدت مطالعه هم مانند مطالعه ما کوتاه بود ولی از نقاط قوتی چون مقایسه با پلاسبو و نیز یک داروی استاندارد برخوردار بود و تک درمانی و درمان ترکیبی را هم با هم مقایسه می کرد. نیکفرجام و همکارانش در سال ۲۰۱۳ مطالعه ای بر روی اثر درمان ترکیبی لاواندر با سیتالوپرام در مقایسه با سیتالوپرام به تنهایی انجام دادند. در این مطالعه تعداد بیماران ۸۰ نفر بود و مدت زمان پایش هم ۸ هفته بود. که اثرات مثبت درمان ترکیبی مشخص شد اگر چه تعداد نمونه ها و طول مدت مطالعه خوب بود ولی نداشتن پلاسبوی

مناسب برای دم نوش لاواندر کورسازی مطالعه را مخدوش می‌کرد. بر روی گیاه مورد مطالعه ما پیش از این مطالعات حیوانی فراوانی انجام شده است و اثرات ضد درد (Antinociceptive, Analgesic)؛ تحریک کننده فعالیتهای شناختی (cognitive stimulant)؛ باز سازی کنندگی اعصاب و محافظ عصب بودن این گیاه مورد بررسی قرار گرفته است. (۳۹، ۵۴، ۹۵-۹۸) ولی تنها مطالعه دکتر فیروزآبادی و همکارانش بر روی اثر ضد افسردگی این گیاه کار کرده بودند. این مطالعه سه بازویه بود و به یک گروه افتمون^۱ و به گروه دیگر نپتا منتوئیدس در کنار داروهای ضد افسردگی به عنوان درمان کمکی و به گروه سوم فقط داروهای ضد افسردگی رایج را به همراه پلاسبو دادند؛ که اثرات درمانی در هر دو گروه دارای داروی کمکی بسیار بهتر از داروی ضد افسردگی به تنهایی بود و تفاوت معنی داری بین دو گروه اول و گروه سوم وجود داشت. (۲۵) برخلاف اسطوخودوس رایج در بازار جهانی گیاهان دارویی یا همان لاواندر (*Lavandula angustifolia*) که اثرات آن بر روی رسپتورهای گاما آمینو بوتیریک اسید (γ- amino butyric acid) و بنزو دیازپینی آن به اثبات رسیده (۹۹، ۱۰۰) اثرات اسطوخودوس ایرانی ما (نپتا منتوئیدس) بر روی CNS به درستی معلوم نیست ولی به نظر می‌رسد که اثرات آن مربوط به مونوترپنها (monoterpenes) و سسکوایترپنها (sesquiterpenes) باشد که با افزایش نورآدرنالین^۲ و دوپامین^۳ اثرات خود را در بیماری‌های خلقی ایفا می‌کند. (۲۵، ۱۰۱) اگرچه به نظر می‌رسد که این فرضیات باید بیشتر مورد آزمون قرار بگیرند تا کاملاً از لحاظ علمی به تایید برسند. مطالعه ما نیز در امتداد دیگر مطالعات برای کمک به اثبات مدعای اثر ضد افسردگی نپتا منتوئیدس صورت گرفت. کاهش معنی دار نمره پرسشنامه افسردگی بک در گروه نپتا و تفاوت معنی دار آن از دو هفته بعد از شروع درمان همانند آنچه در مطالعه قبلی انجام شده بود نشانه اثر این گیاه بر افسردگی بود. در عین اینکه

1 *Cuscuta planiflora* Ten.

2 Noradrenaline

3 Dopamine

در این مطالعه اضطراب بیماران افسرده که یکی از علائم شایع همراه افسردگی می‌باشد نیز مورد بررسی قرار گرفته بود و حتی کاهش معنی دار بیشتری در این مورد در گروه نپتا دیده شد.

عوارض دارویی شایعی چون کاهش میل جنسی؛ خواب آلودگی؛ بیخوابی و یبوست گروه نپتا منتوئیدس کمتر از گروه سرتالین دیده شد. پایش بعد از اتمام مداخله بیانگر کندی عود علائم افسردگی در زمان کوتاه بعد از قطع درمان در گروه نپتا بود. درضمن نپتا منتوئیدس بر بازگشت علائم اضطرابی بعد از قطع دارو هم اثر بازدارنده داشت در حالیکه در گروه سرتالین این اثر وجود نداشت و تعداد بیشتری از بیماران دچار عود علائم اضطرابی شدند. اگر چه بنا به دلایل اخلاقی در مطالعه ما گروه کنترل با پلاسبو وجود نداشت. علت انتخاب سرتالین به عنوان داروی گروه کنترل این بود که مهار کنندگان اختصاصی باز جذب سروتونین یکی از درمان‌های شایع و عامه پسند خط اول در درمان بیماری افسردگی هستند و بین همه آنها سرتالین از عوارض خواب آلودگی و آنتی کولینرژیک کمتری برخوردار بود. (۱۰۲)

۵-۳- مزیت‌های این مطالعه

بر خلاف مطالعه قبلی در اینجا گروه کنترل کاملاً مشخص وجود داشت و داروی سنتی با یک داروی ضد افسردگی رایج سنجیده شد. در مطالعه ما عوارض دارویی شایع هم ارزیابی شدند؛ که با توجه به عوارض دارویی فراوان داروهای ضد افسردگی این نکته مهمی به نظر می‌رسید. تعداد بیماران در هر گروه نسبت به مطالعه قبلی بیشتر بود و نیز بیماران جهت عود علائم پس از قطع درمان دو هفته پایش شدند تا از عود در زمان کوتاه (Short time relapse) اطلاع حاصل شود. پرسش نامه تعیین مزاج بیماران در ابتدای مطالعه انجام شد تا بتوان نتایج را با دید بهتری از نظر طب سنتی تفسیر کرد. پایشهای مکرر هر دو هفته استفاده از آنالیز برای داده‌های تکراری جهت ارزیابی بهتر داده‌ها نقاط قوت این طرح بودند.

۵-۴- محدودیتهای مطالعه

اولین محدودیت در این مطالعه کوتاهی زمان مطالعه بود؛ اگر چه که حداقل زمان لازم برای اثر بخشی یک داروی ضد افسردگی در آن رعایت شده بود. کوتاهی طول مدت زمان پیگیری جهت عود که البته با مسایل اخلاقی قابل توجیه است. کمی تعداد بیماران در این مطالعه از دیگر محدودیتهای این مطالعه بود؛ اگرچه با توجه به مطالعه قبلی این تعداد بیشتر بود. تغییرات ایجاد شده در فرمولاسیون اصلی که به دلیل سهولت استفاده بیماران انجام گرفته کمی باعث فاصله گرفتن این فراورده از شکل اصلی سنتی خود شده است. نداشتن گروه کنترل با پلاسبو یکی دیگر از محدودیتهای این مطالعه بود اگر چه به دلیل مسایل اخلاقی توجیه پذیر بود. آزمون نکردن دوزهای متعدد دارو برای رسیدن به یک دوز تعدیل شده هر چند مقدار تعیین شده بر اساس کتب مرجع طب سنتی بود.

شاید یکی دیگر از محدودیتهای مهم این مطالعه عدم اجرای پروتکل کامل درمانی طب سنتی ایرانی در درمان افسردگی باشد. این مطالعه تنها مراحل پاکسازی عضوی و تاحدودی تعدیل مزاج عضو را شامل می شد و در واقع یک مطالعه ی فیتوتراپی بود؛ نه یک مطالعه ی طب سنتی ایرانی. پروتکل درمانی طب سنتی ایران برای درمان بیماریها شامل رعایت اصول حفظ الصحة؛ از بین بردن سبب؛ دفع ماده ای که موجب سوء مزاج شده است از کل بدن (از یکی از روش های قی و اسهال یا ادرار یا تعریق و یا خون گیری و ...)؛ تعدیل مزاج عام بدن؛ تقویت مزاج کلی بدن؛ دفع ماده از عضو؛ تعدیل مزاج عضو و در نهایت تقویت عضو درگیر است. علت عدم اجرای این پروتکل عدم انطباق قالب کارآزمایی بالینی دو سویه کور تصادفی با مطالعات اینچنینی بوده است. چون در صورت اجرای کامل پروتکل کورسازی در روش مطالعه امکان پذیر نخواهد بود. به نظر می رسد تنها با استفاده از الگوهای Whole System Research که برای ارزیابی اثر بخشی پروتوکلهای طب مکمل در سال های اخیر تعریف شده اند بتوان تا

حدی به حل این مشکلات کمک کرد و به نظر می‌رسد که فقط اینگونه بتوان یک پروتکل طب سنتی را برای بیماران اجرا نمود و نتایج آن را با پروتکل استاندارد کلاسیک در یک بیماری مشخص مقایسه کرد.

۵-۵- نتیجه گیری و افق‌های پیش رو:

به نظر می‌رسد نپتا منتوئیدس (اسطو خودوس ایرانی) در بهبود خلق بیماران افسرده موثر باشد و بعلاوه عوارض کمتر این درمان؛ عود دیرتر علائم بیماران و نیز اثرات ضد اضطرابی بسیار خوب آن این درمان را به عنوان یک داروی جایگزین ضد افسردگی ارزشمند می‌کند.

پیوستہا

پیوست ۱- فرم مشخصات بیماران شرکت کننده در طرح

لیست اطلاعات دموگرافیک:

نام: _____ نام خانوادگی: _____ سن با ذکر سال تولد: _____ جنس: مذکر

مونت
شماره تماس: _____

آدرس محل سکونت: (با ذکر دقیق نام محل و شهر یا روستا بودن آن)
وضعیت تاهل: _____

مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه ☐ همسر مرده ☐ متاهلی که طلاق نگرفته ولی جدا از همسر زندگی می کند ☐

شغل: (دقیقا سمت شغلی خود را نوشته و بعد یکی از سه مورد زیر را علامت بزنید)
دولتی: ☐ غیر دولتی: ☐ بیکار: ☐

آیا شغلتان استرس دارد؟ بله ☐ خیر ☐

میزان تحصیلات: _____

بی سواد ☐ کمتر از ۶ کلاس با ذکر تعداد سالهای تحصیل ☐ بیش از ۶ کلاس و کمتر از دیپلم با ذکر تعداد سالهای تحصیل ☐

دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐

دکتری و بالاتر از آن ☐

میزان درآمد: _____

کمتر از یک میلیون تومان در ماه ☐

بین یک تا سه میلیون در ماه ☐

بالاتر از سه میلیون در ماه ☐

نمره پرسشنامه بک:

هفته	۰	۲	۴	۶
نمره				

سابقه بیماری زمینه ای دیگر: _____

سابقه کمکاری تیروئید ☐

سابقه بیماری روانی دیگر ☐

سابقه بیماری های مغزی (دمانس یا عقب ماندگی ذهنی) ☐

سابقه مشکلات ریوی و تنفسی ☐

سابقه حساسیت به گیاهان خانواده نعنائیان ☐

اعتیاد و سابقه آن ☐

باردار بودن ☐

روش جلوگیری از بارداری ☐

وجود افکار خودکشی (چه به گفته خود بیمار، چه طبق نظر مشاور) ☐

در درمان بیمار ECT وجود دارد ☐

در چهار هفته گذشته از داروی ضد افسردگی استفاده کرده ☐

اگر در موردی نیاز به توضیح دارید در این قسمت یادداشت فرمایید:

پیوست ۲- فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

باسمه تعالی



فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح پژوهشی

کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش های علوم

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

عنوان طرح پژوهشی	تبیین درمان افسردگی در طب سنتی ایرانی و بررسی اثر فراورده سنتی گیاه اسطوخودوس در مقایسه با درمان استاندارد در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی؛ یک کار آزمایشی بالینی تصادفی شده شاهددار دوسوکور
شماره طرح پژوهشی	
نام مجری یا مجریان	دکتر علی فیروزآبادی؛ دکتر علیرضا صالحی؛ دکتر محمد مهدی زرشناس
دانشکده یا واحد مربوطه	طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
معرفی پژوهش	دانشگاه علوم پزشکی شیراز قصد دارد گیاه اسطوخودوس را در فرم کپسول به عنوان یک داروی ضد افسردگی مورد ارزیابی قرار دهد. این گیاه قرن ها به صورت سنتی در موارد درمانی مختلف از جمله بیماری های روان و اعصاب و اختلالات خواب مورد استفاده قرار می گرفته و تاکنون عارضه ای برای آن گزارش نشده است. ضمن تشکر از شما که آگاهانه با ما همکاری می نمایید توجه شما را به نکات زیر جلب می نماید: جهت انجام این پروژه نیاز به اطلاعات درج شده در پرونده شما و نیز پرسشنامه های مربوطه می باشد. روش مصرف دارو: هر روز ۲ بار (یکبار صبح و یکبار شب) یک کپسول از دارو با آب خورده می شود. از بیماران محترم خواهش می شود دارو را طبق دستور و برای مدت ذکر شده مصرف نمایند و آن را قطع نکنند. دارو به صورت رایگان و برای مصرف ۶ هفته به شما تحویل داده خواهد شد. چنانچه در زمان مصرف دارو دچار حساسیت غیر طبیعی شدید به پزشک خود مراجعه نمایید
خونگیری	ندارد
مزایا	همکاری شما باعث بهبود کیفیت و ارتقا سلامت خواهد بود. چرا که در صورت اثربخشی این دارو و رضایت بیمار، درمانی جدید با هزینه پایین از داروی گیاهی شناخته شده که مردم روزمره استفاده می کنند و در عین حال در کشور ما به وفور یافت می شود ارائه داده خواهد شد
خطرات	با توجه به طبیعی بودن دارو، عارضه ای از آن گزارش نشده است.
جبران خطرات	جبران عوارض ناشی از این دارو به عهده مجریان این طرح تحقیقاتی است.
هزینه	هیچ گونه هزینه مالی جهت انجام آزمایشات مربوط به این تحقیق از شما گرفته نمی شود.
روش های جایگزین	در این قسمت باید شرح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر، بیمار از چه روش های درمانی یا تشخیصی دیگر می تواند استفاده

نماید.	
نتایج آزمایشها و روش‌های به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.	محرمانه بودن
این مطالعه تحقیقاتی توسط دکتر سپیده کلوری دستیار تخصصی طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و تحت نظارت آقایان دکتر علی فیروزآبادی (دانشیار دانشکده پزشکی گروه اعصاب و روان)؛ دکتر علیرضا صالحی (استادیار دانشکده پزشکی گروه اپیدمیولوژی و مدیر گروه طب سنتی)؛ دکتر محمد مهدی زرشناس (استادیار دانشکده داروسازی گروه داروسازی سنتی) انجام می‌پذیرد. شماره تماس در صورت نیاز به مجریان طرح: ۰۹۳۹۵۶۵۸۵۰۱	پاسخگویی به پرسشها
شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.	حق نپذیرفتن یا انصراف
با توجه به اطلاعات موجود در این فرم و توضیحات حضوری مجری یا همکاران طرح موافقت خود را با شرکت در این مطالعه اعلان می‌نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آن را داشته‌ام.	رضایت
ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه پژوهشی لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۰۲۱۲۲۶۸۶ دفتر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یا با ایمیل researchethic@sums.ac.ir با ما در میان بگذارید. بدیهی است پیگیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط کمیته اخلاق در پژوهش‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام می‌پذیرد.	اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات
بیمار گرامی / شرکت کننده محترم : به اطلاع میرساند شما میتوانید با مراجعه به سایت مرکز ثبت کآزمایی بالینی ایران به آدرس www.irct.ir از جزییات بیشتری در رابطه با این مطالعه آگاهی یابید . شایان ذکر است کد ثبت این مطالعه در سایت پیشگفت به شرح زیر است . کد ثبت مطالعه در مرکز ثبت کار آزمایی بالینی ایران :	
نام و نام خانوادگی بیمار / داوطلب سالم (یا قیم قانونی وی) و امضاء: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____ شماره تلفن ثابت: _____ شماره تلفن همراه: _____ نام و نام خانوادگی و امضاء پژوهشگر: _____	

پیوست ۳- پرسشنامه استاندارد افسردگی بک

این پرسش نامه شامل ۲۱ گروه سوال است. خواهشمند است جمله‌های هر گروه را به دقت مطالعه مطالعه کنید و فقط دور شماره جمله ای که بیش از چند از جمله دیگر حالت و احساسات شما را بیان می‌کند، یک دایره بکشید. دقت کنید که در هر گروه از جمله ها فقط باید یک جمله را انتخاب کنید. در ضمن، برای پاسخ دادن به سوال ها، حالت‌های خود را از دو ماه گذشته تا کنون در نظر بگیرید .

الف

- ۰- من احساس غمگینی نمی کنم .
- ۱- احساس می‌کنم دلم گرفته یا غمگینم .
- ۲- من همیشه دل گرفته و غمگینم و نمی توانم از آن رهایی یابم .
- ۲- به قدری غمگین و بی نشاطم که برایم دردناک است.
- ۳- به اندازه ای غمگین و بی نشاطم که تاب تحملش را ندارم .

ب :

- ۰- نسبت به آینده، بدبینی یا دلسردی خاصی ندارم.
- ۱- نسبت به آینده احساس ناامیدی می‌کنم .
- ۲- احساس می‌کنم که هیچ امیدی به آئینده ندارم .
- ۲- احساس می‌کنم که هیچ وقت بر مشکلاتم غلبه نخواهم نکرد .
- ۳- احساس می‌کنم که امیدی به آئینده ندارم و شرایطم بهتر نخواهد شد .

پ :

- ۰- احساس نمی‌کنم که شخص شکست خورده ای باشم .
- ۱- احساس می‌کنم که بیش از یک شخص معمولی شکست خورده ام.
- ۲- احساس می‌کنم که به ندرت کار معنی دار یا پر ارزشی انجام داده ام .
- ۲- هر وقت به زندگی گذشته فکر می‌کنم جز شکست‌های زیاد چیزی نمی بینم .
- ۳- احساس می‌کنم که شخص کاملاً شکست خورده ای هستم .

ت :

- ۰- مثل گذشته از زندگیم راضی ام .
- ۱- بیشتر اوقات احساس بی حوصلگی می‌کنم .
- ۱- دیگر مثل گذشته، از چیزها لذت نمی برم .
- ۲- دیگر از هیچ چیز احساس رضایت نمی‌کنم .
- ۳- از هر کس و هر چیزی که بگوئی، ناراضی هستم .

ث :

- ۰- احساس گناه خاصی ندارم .
- ۱- بیشتر اوقات احساس می‌کنم که شخص بد یا بی ارزشی هستم .
- ۲- احساس می‌کنم کمی گناهکارم .
- ۲- حالا دیگر تقریباً همیشه احساس می‌کنم شخص بی ارزش و بدی هستم .
- ۳- این طور احساس می‌کنم که گویی شخص بسیار بد و بی ارزشی هستم .

ج :

- ۰- احساس نمی‌کنم دارم مجازات می‌شوم .
- ۱- احساس می‌کنم ممکن است اتفاق بدی برایم رخ بدهد .
- ۲- احساس می‌کنم مجازات می‌شوم یا مجازات خواهم شد .
- ۳- احساس می‌کنم که مستحق مجازاتم .
- ۳- دلم می‌خواهد مجازات شوم .

چ :

- ۰- من از خود مأیوس نیستم .
- ۱- من از خود مأیوسم .
- ۱- من خودم را دوست ندارم .
- ۲- من از خود بیزارم .
- ۳- من از خود متنفرم .

ح :

- ۰- من احساس نمی کنم که از دیگران بدتر باشم .
- ۱- از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می کنم .
- ۲- همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم .
- ۲- برای هر اتفاق خود را سرزنش می کنم .

خ :

- ۰- من در فکر آن نیستم که به خود آسیبی برسانم .
- ۱- من درباره این که به خود آسیبی برسانم فکر می کنم، ولی به آن عمل نمی کنم .
- ۲- احساس می کنم اگر مرده بودم، بهتر بود .
- ۲- من برای این که خود را بکشم نقشه های معینی کشیده ام .
- ۲- احساس می کنم اگر مرده بودم برای خانواده ام بهتر بود .
- ۳- اگر می توانستم خودم را می کشتم .

د :

- ۰- من بیش از حد معمول گریه می کنم .
- ۱- حالا بیشتر از گذشته گریه می کنم .
- ۲- من حالا بیشتر از گذشته گریه می کنم و نمی توانم از گریه کردن خودداری کنم .
- ۳- من در گذشته به راحتی می توانستم گریه کنم، اما حالا اگر چه می خواهم ولی نمی توانم .

ذ :

- ۰- حالا بیشتر از گذشته آزرده نیستم .
- ۱- بیش از گذشته آزرده و رنجیده می شوم .
- ۲- من همیشه احساس رنجش می کنم .
- ۳- به اندازه ای رنج می برم که چیزهای رنج آور گذشته هرگز رنجم نمی دهند .

ر :

- ۰- من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام، مثل همیشه مردم را دوست دارم .
- ۱- اکنون علاقه ام نسبت به مردم کمتر از گذشته است .
- ۲- من بیشتر علاقه ای که نسبت به مردم داشته ام از دست داده ام و علاقه ام نسبت به آنها جزئی شده
- ۳- من همه علاقه ای را که نسبت به مردم داشته ام از دست داده م و اصلاً به آنها علاقه ای ندارم .

ز :

- ۰- من مانند گذشته تصمیم می گیرم .
- ۱- من اکنون به خود اطمینان کمتری دارم و سعی می کنم تصمیم گرفتن را به تعویق بیندازم .
- ۲- دیگر بدون کمک دیگران نمی توانم تصمیم بگیرم .
- ۳- دیگر به هیچ وجه نمی توانم تصمیم بگیرم .

ژ :

- ۰- من احساس نمی کنم که از گذشته بدتر به نظر برسم .
- ۱- من از این که پیر یا ناجذاب به نظر می رسم، نگرانم .
- ۲- من احساس می کنم تغییرات دائمی در ظاهر من به وجود می آیند و مرا ناجذاب نشان می دهند .
- ۳- من احساس می کنم که زشت و کریه المنظر به نظر می رسم .

س :

- ۰- من می‌توانم به خوبی گذشته کار کنم .
- ۱- برای این که کاری را شروع کنم به کوشش زیاد احتیاج دارم .
- ۲- من نمی‌توانم به خوبی گذشته کار کنم .
- ۲- برای این که کاری را انجام بدهم باید به خودم فشار بیاورم .
- ۳- اصلاً نمی‌توانم کاری انجام بدهم .

ش :

- ۰- من می‌توانم مثل همیشه خوب بخوابم .
- ۱- من صبح‌ها خسته‌تر از گذشته از خواب برمی‌خیزم .
- ۲- من یکی دو ساعت زودتر از وقت معمول بیدار می‌شوم و به سختی می‌توانم دوباره به خواب بروم .
- ۳- من هر روز زود از خواب بیدار می‌شوم و نمی‌توانم بیش از ۵ ساعت بخوابم .

ص :

- ۰- من بیشتر از گذشته خسته نمی‌شوم .
- ۱- من زودتر از گذشته خسته می‌شوم .
- ۲- من از انجام هر کاری خسته می‌شوم .
- ۳- من آن قدر خسته می‌شوم که نمی‌توانم کاری انجام بدهم .

ض :

- ۰- اشتهایم تغییر نکرده است .
- ۱- اشتهایم به خوبی گذشته نیست .
- ۲- اشتهایم خیلی کم است .
- ۳- دیگر اصلاً اشتها ندارم .

ط :

- ۰- اخیراً وزنم خیلی کمتر نشده است .
- ۱- وزنم بیش از ۲/۵ کیلوگرم کم شده است .
- ۲- وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است .
- ۳- وزنم بیش از ۷/۵ کیلوگرم کم شده است .

ظ :

- ۰- من بیش از حد معمول درباره سلامتی خودم نگران نیستم .
- ۱- من درباره دردها و رنجوری‌ها یا سوء هاضمه و یبوست و یا علایم ناخوشایند بدنم نگرانم .
- ۲- من به اندازه‌ای درباره سلامتی و چگونگی حالم نگرانم که فکر کردن به چیزهای دیگر برایم مشکل است .
- ۳- من کاملاً در افکار و احساساتم نسبت به سلامتی خود غرق شده‌ام .

ع :

- ۰- من احساس نمی‌کنم که در علاقه من به امور جنسی تغییر تازه‌ای به وجود آمده باشد .
- ۱- حالا کمتر از گذشته به امور جنسی علاقه دارم. «میل جنسی ام کمتر شده است.»
- ۲- حالا علاقه من به امور جنسی خیلی کمتر از گذشته است .
- ۳- من تمام علاقه‌ای که به امور جنسی داشتم از دست داده‌ام .

پیوست ۴- پرسشنامه استاندارد اضطراب بک

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

لطفاً هر عبارت را به دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده اید. پاسخ خود را به صورت X در ستون مقابل هر علامت مشخص کنید.

گزینه ها	اصلاً	خفیف (زیاد ناراحت نمی کرده است)	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم)
۱- کرختی و گزگز شدن (مورمور شدن)				
۲- احساس داغ (گرما)				
۲- لرزش در پاها				
۳- ناتوانی در آرامش				
۴- ترس از وقوع حادثه بد				
۵- سرگیجه و منگی				
۷- تپش قلب و نفس نفس زدن				
۸- حالت متغیر (بی ثبات)				
۹- وحشت زده				
۱۰- عصبی				
۱۱- احساس خفگی				
۱۲- لرزش دست				
۱۳- لرزش بدن				
۱۴- ترس از دست دادن کنترل				
۱۵- به سختی نفس کشیدن				
۱۶- ترس از مردن				
۱۷- ترسیده (حالت ترس)				
۱۸- سوء هاضمه و ناراحتی در شکم				
۱۹- غش کردن (از حال رفتن)				
۲۰- سرخ شدن صورت				
۲۱- عرق کردن (نه در اثر گرما)				

پیوست ۵- رایج ترین عوارض داروهای ضد افسردگی و اسطو خودوس

هفته ۶	هفته ۴	هفته ۲	هفته ۰	عوارض جانبی
				بیقراری
				خواب آلودگی و کرختی
				بی خوابی
				سر درد
				کم اشتها
				پر اشتها
				خشکی دهان
				یبوست
				احتباس ادراری
				تهوع
				اختلال جنسی
				تاری دید
				حساسیت پوستی
				خارش
				عطش
				علائم ریوی
				سایر عوارض:

لطفا عدد گذاری کنید: ۰ برای عارضه نداشتن ، ۱ برای عارضه خفیف ، ۲ برای عارضه متوسط ، 3 برای عارضه شدید (اگر عارضه دیگری در شما ایجاد شده که به نظر مرتبط با داروست در جدول وارد کنید)

پیوست ۶- پرسشنامه ۱۰ سوالی تعیین مزاج

خواهشمند است با دقت یکی از سه گزینه مربوط به هر سوال را که به حالات خود نزدیک تر می‌دانید انتخاب و علامت بزنید. در همه سوالات وضعیت کلی بدن و حالات خود را نسبت به همسالانِ همجنس خود مقایسه و در پاسخ به هر سوال فقط یک گزینه را انتخاب فرمایید.

تاریخ..... نام و نام خانوادگی..... سن..... تلفن.....
همراه..... نشانی ایمیل.....

موضوع	۱	۲	۳
۱ وقتی اطرافیان دست شما را لمس می‌کنند در مورد گرمی و سردی آن چه می‌گویند؟	سرد	نه سرد نه گرم	گرم
۲ اندازه کف دست شما در چه حد می‌باشد؟	کوچک	نه کوچک نه بزرگ	بزرگ
۳ سرعت تأثیر پذیری شما از سرما و گرما چگونه است؟	با سرما سریع سرد می‌شود	از هر دو تأثیر پذیری یکسان دارم	با گرما سریع گرم می‌شود
۴ هنگام صحبت کردن چند جمله متوالی را چگونه آدا می‌کنید؟	با فاصله	نه با فاصله نه متصل	متصل
۵ سرعت خشم و عصبانیت شما چگونه است؟	دیر عصبانی می‌شوم	نه دیر نه سریع عصبانی می‌شوم	سریع عصبانی می‌شوم
۶ سرعت تأثیرپذیری شما از غذاهای با طبع گرم مانند عسل، ادویه جات، فلفل و یا غذاهای با طبع سرد مانند دوغ، ماست و خیار چگونه است؟	با سردی جات سریع سردی میکنم	از هر دو تأثیر پذیری یکسان دارم	با گرمی جات سریع گرمی میکنم
۷ قوت صدای شما نسبت به اطرافیان چگونه است؟	ضعیف	نه ضعیف نه قوی	قوی
۸ سرعت حرکات جسمی شما نسبت به اطرافیان چگونه است؟	آرام	نه آرام نه سریع	سریع
جمع نمرات هشت سوال فوق:			
۹ وضعیت چاقی و لاغری شما نسبت به سایرین چگونه است؟	چاقم	نه چاقم نه لاغرم	لاغرم
۱۰ وضعیت نرمی و خشکی پوست شما چگونه است؟	نرم	نه نرم نه خشک	خشک
جمع نمرات دو سوال فوق:			

گزینه‌های ستون ۱ یک امتیاز، گزینه‌های ستون ۲ دو امتیاز و گزینه‌های ستون ۳ سه امتیاز به خود اختصاص می‌دهند.

جمع نمرات هشت سوال اول مربوط به گرمی و سردی: ≥ 14 سرد - 15-18 معتدل - ≤ 19 گرم،
جمع نمرات دو سوال آخر مربوط به تری و خشکی: ≥ 3 تر - ۴ معتدل - ≤ 5 خشک

منابع

References

1. Liddle HG, Scott R. A Greek-English Lexicon. Oxford: Clarendon Press; 1968.
2. Coar T. The aphorisms of Hippocrates: with a translation into latin, and english: Classics of Medicine Library; 1982.
3. Radden J. Is This Dame Melancholy?: Equating today's depression and past melancholia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2003;10(1):37-52.
4. Jacquart D. The influence of Arabic medicine in the medieval West. *Encyclopedia of the History of Arabic Science*. 1996;3:963-84.
5. Haque A. Psychology from Islamic perspective: Contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. *Journal of Religion and Health*. 2004;43(4):357-77.
6. Harper D. Online Etymology Dictionary (2001-2011). 2010.
7. Chambers T. Malignant Sadness: the Anatomy of Depression. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002;95(1):52-3.
8. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th Century: a conceptual history. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2012;15(3):590-608.
9. Davison K. Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*. 2006;5(4):115-8.
10. Rashidkhani B, Gargari BP, Ranjbar F, Zareiy S, Kargarnovin Z. Dietary patterns and anthropometric indices among Iranian women with major depressive disorder. *Psychiatry research*. 2013;210(1):115-20.
11. Association AP. DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American psychiatry publishing; 2013. 947 p.
12. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, et al. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
13. Association D-AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
14. Akhondzadeh S, Fallah-Pour H, Afkham K, Jamshidi AH, Khalighi-Cigaroudi F. Comparison of *Crocus sativus* L. and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: a pilot double-blind randomized trial [ISRCTN45683816]. *BMC Complement Altern Med*. 2004;4:12.

15. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
16. Sen S, Sanacora G. Major depression: emerging therapeutics. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*. 2008;75(3):204-25.
17. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-Based Health Policy---Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. 1996;274(5288):740-3.
18. MayoClinicStaff. Depression (Major depressive disorders)2015.
19. Nikfarjam M ,Parvin N, Assarzagdegan N, Asghari S. The Effects of *Lavandula Angustifolia* Mill Infusion on Depression in Patients Using Citalopram: A comparison Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15(8):734.
20. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;35(1):51-71.
21. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2000.
22. Schoevers R, Beekman A, Deeg D, Geerlings M, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of affective disorders*. 2000;59(2):127-37.
23. Addington D. Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52(7):442.
24. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. ۲۰۰۰ .
25. Firoozabadi A, Zarshenas MM, Salehi A, Jahanbin S, Mohagheghzadeh A. Effectiveness of *Cuscuta planiflora* Ten. and *Nepeta menthoides* Boiss. & Buhse in Major Depression A Triple-Blind Randomized Controlled Trial Study. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2014;2156587214557359.
26. Rush AJ, Blacker D. Handbook of psychiatric measures: American Psychiatric Pub; 2008.

27. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(12):1265-73.
28. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder: American Psychiatric Association; 2010.
29. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, Ford DE, Cooper LA. Ethnicity and preferences for depression treatment. *General hospital psychiatry*. 2007;29(3):182-91.
30. Simon GE, Perlis RH. Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments? *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(12):1445-55.
31. McMahon FJ. Pioneering first steps and cautious conclusions. *Biological psychiatry*. 2010;67(2):99-100.
32. Khawam EA, Laurencic G, Malone DA. Side effects of antidepressants: an overview. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2006;73(4):351-3.
33. Psychiatry AAo. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American psychiatry publishing; 2013. 947 p.
34. (Ibn-e-nafis) GAE. *Almujaz -fi-Alteb*. Ejipt-Ghahera: Almajles-e-Aala-le-Shoun-e-Eslamia; 2010.
35. Cheshti M. *Azam's Exir* (Exir-e-Azam). Tehran: The Institute of Medical History studies, Islamic and Complementary Medicine; 1383.
36. Ibn-Sina A. *Al-Qanon fi al-tibb*. Lebanon: Alamy Le-Al-Matbooat Institute; 2005.
37. Jurjani E. *Zakhirah khwarazmshahi*. Qom: Moaseseh Ehyae Tebe Tabiei; 1991.
38. Akhgar M, Ghazanfari D, Rahbari H. Chemical Composition Of The Essential Oils From Leaves, Flowers, Stems And Roots Of *Nepeta Bornmuelleri* Hausskn. *Ex Bornm*. 2014.
39. Delshad AA, Naseri M, Parvizi M, Fattah N, Sharayeli M. The Iranian traditional herbal medicine *ostokhodus* can prevent axotomy-induced apoptosis in spinal motoneurons in neonate rats. *J Medicinal Plants Res*. 2011;5(18):4446-51.
40. Kahkeshani N, Khanavi M, Hadjiakhoondi A. Quality Control of *Nepeta menthoides* Boiss & Buhse using Micromorphological Analysis and Phytochemical Screening. *Journal of Medicinal Plants*. 2014;1(49):34-8.

41. Javidnia K, Mehdipour A, Hemmateenejad B, Rezazadeh S, Soltani M, Khosravi A, et al. Nepetalactones as chemotaxonomic markers in the essential oils of *Nepeta* species. *Chemistry of Natural Compounds*. 2011;47(5):843-7.
42. Amini A. Illustrated dictionary of therapeutic plants and their traditional usage in Kurdistan. Taqbastan Publication: Khoramabad. 1997.
43. Rabbani M, Sajjadi S, Mohammadi A. Evaluation of the anxiolytic effect of *Nepeta persica* Boiss. in mice. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008;5(2):181-6.
44. Jamzad Z, Chase MW, Ingrouille M, Simmonds MS, Jalili A. Phylogenetic relationships in *Nepeta* L.(Lamiaceae) and related genera based on ITS sequence data. *Taxon*. 2003:21-32.
45. Kraujalis P, Venskutonis PR, Ragazinskiene O. Antioxidant activities and phenolic composition of extracts from *Nepeta* plant species. *Foodbalt-2011*. 2011:79.
46. Cigremis Y, Ulukanli Z, Ilcim A, Akgoz M. In vitro antioxidant and antimicrobial assays of acetone extracts from *Nepeta meyeri* Benth. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2010;14(8):661-8.
47. Naghibi F, Mosaddegh M, Mohammadi Motamed M, Ghorbani A. Labiatae family in folk medicine in Iran: from ethnobotany to pharmacology. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. 2010:63-79.
48. Ahwazi AM. *Kamel al-Sanaah al-Tibbiyah (The Perfect Art of the Medicine)* 1973.
49. Yousofpour M, Kamalinejad M, Esfahani MM, Shams J, Tehrani HH, Bahrami M. Role of heart and its diseases in the etiology of depression according to Avicenna's point of view and its comparison with views of classic medicine. *International journal of preventive medicine*. 2015;6.
50. Ghaieni Hravi M. *The book of Gharabadin Salehi* 1766.
51. Tonekaboni S. *Tohfah ol momenin* 2007. 283-4 p.

52. Aghili-Khorasani M. Makhzan -al- Adviyeh. Tehran: The Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine of The Iran University of Medical Sciences; 1387.
53. Rhazez M. Almansouri-fi-altibb. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.
54. Nasri S, Gh A, Bidaran S. Anti-inflammatory and anti-nociceptive effects of hydroalcoholic extract of *Nepeta menthoides* on pain in aerial parts in male mice. Journal of Jahrom University of Medical Sciences. 2013;11(3).
55. Naseri M. General Overview on Traditional Medicine. Tehran: Iran Traditional Medicine Press; 2010.
56. Tadjbakhsh H. Al-Aghraz al-Tibbia Val Mabahess al-Alaiia. Tehran: Tehran University Press; 2006.
57. Rosenhan DL, Seligman ME. Abnormal psychology: WW Norton & Co; 1995.
58. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. Handbook of emotions. 2000;2:573-93.
59. Moin M. Farhang-e Moin (Persian Dictionary). Tehran: Amirkabir; 1989.
60. al-Tahanawi MA. Kashshaf istilhat al-funun. Beirut: Dar al-Kutub al-‘Ilmiyyah; 1998.
61. shartuni SA. Aqrab Al-Mawarid Fi Faseeh Al-Arabia Wa- Shawared. Tehran: Ministry of Hajj and Awqaf and Charity; 1385.
62. Nafisi AA .Farhang-e nafisi. 1976.
63. Məhəmməd Ğ. Ğiyasul Luġat. Tehran: Kanune Mərefət 1983.
64. Safipur a-Ria-K. Montaha alarab fi al-lughat-el-arab. Tehran: Tehran University press; 1390.
65. Amoli S-A-D. Nafayes al Fonun. Tehran: Eslamieh press; 2000.
66. Banijamali S. Psychology of Islamic scholars and implementation of the new psychology. Tehran: Allame Tabatabayi University; 2001.
67. Dehkhoda AA. Dehkhoda dictionary 1998.
68. Moharreri M. Zakhireye Kharazmshahi 2005.
69. Ibnsina H. Advia Ghalbia (Cardiac Drugs). Tehran: Nashr-e-Nei; 2009.
70. Moosavi M. Cardiac Drugs. Tehran: Institute of Cultural Memorials and Figures; 2004.

71. MA S-A. Mofarrah-al-gholoob. Tehran:: Lomei; 2012.
72. Mohaghegh M. Notes on the" Spiritual Physic" of Al-Rāzī. *studia Islamica*. 1967;5-22.
73. Aqsarayi J. Canon Discription of Aqhsarayi. Tehran: Institute of Medical History, Islamic and Complementary Medicine; 2008.
74. Balkhi A-i-S. Masalih-al-Abdan va al-Anfos. Tehran: Institute of Medical History, Islamic and Complementary Medicine; 2009.
75. Arberry AJ. The Spiritual Physick of Rhazes: London: J. Murray; 1950.
76. Gilani A. Alvah al-Sehha. Tehran: Institute of Medical History, Islamic and Complementary Medicine; 2008.
77. Cheshti M. Azam's Exir (Exir-e-Azam). Tehran: The Institute of Medical History studies, Islamic and Complementary Medicine; 1383.
78. Avicenna. The Removal of Any Loss of Human Body. Tehran: Institute of Revival of Traditional Medical Manuscript Heritage; 2009.
79. Isfahani M. Health Regulations. Tehran: Nashr-e-Tandis; 2004.
80. al-Ateba) GM. Hefz al-Seha Naseri 1th ed. Tehran: Al-Maei publication; 2009.
81. Rhazes M. Al-Havi. Tehran, Iran: International Academy of Medical Sciences; 2005.
82. Nazemjahan MA. Exir Aezam. Tehran-Tehran: Institute of Medical History,Islamic and Complementary Medicine ,Iran medical university; 2008.
83. Ghorashi A. Almujaaz -fi-Alteb. Ejypt-Ghahera: Almajles-e-Aala-le-Shoun-e-Eslamia; 2010.
84. Avesina. Alghanoon-fi-Alteb. 1th ed. Beirut: Alaalami library; 2005.
85. Kermani N .Sharh-al-Asbab. ghom: Jalaaleddin; 2008.
86. Moein S, Moein M, Khaghani S, Farzami B. Antioxidant properties of Zhumeria majdae Rech. f. & Wendelbo. *Journal of Pharmacy Research*. 2010.
87. Moein M, Zarshenas MM, Etemadfard H. Essential oil composition and total flavonoid content of Aloysia citriodora Palau under different cultivation systems. 2014.

88. Choopani R. Teorical aspects of sauda humor: Shahid Beheshti Mrdical University; 2012.
89. Arzani MA. Mofarraah-AL-Gholub. lahur: matbaat eslamiyyah; 2008.
90. Aghili MH. kholasat-al-Hekma. 1th ed. ghom: esmaeilian; 2006 2006.
91. Tabib A. Tohfe Soleimanieh. 2th ed. Tehran-Almaei Daneshpajuh; 2010. 224 p.
92. Dehlavi M. Alaj-al-Amraz-e-Farsi. 1th ed. Tehran-Daneshpajuh: Almaei; 2013.
93. Arzani M. Tebe Akbari. Qom: Ehya-e-Tebb-e-Sonnati Institue,Jalal-al-din press; 2008. 1379 p.
94. Aghili MH. Makhzan-al-advia. Tehran: Bavardaran institute; 2006.
95. Kahkeshani N, Razzaghirad Y, Ostad SN, Hadjiakhoondi A, Shams Ardekani MR, Hajimehdipoor H, et al. Cytotoxic ,Acetylcholinesterase Inhibitor and Antioxidant Activity of Nepeta menthoides Boiss & Buhse essential oil. Journal of Essential Oil Bearing Plants. 2014;17(4):544-52.
96. Sarahroodi S, Jafari-Najafi R, Nasri S, Rohampour K, Maleki-Jamshid A, Esmaeili S. Effects of Nepeta menthoides aqueous extract on retention and retrieval of memory in mice. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2012;15(22):1085.
97. Hussain J, Rehman NU, Al-Harrasi A, Khan AL, Rizvi TS, Mohammad FV, et al. In vivo evaluation of analgesic, anti-inflammatory, and neuropharmacological activities of the chemical constituent from Nepeta clarkei. Archives of pharmacal research. 2014;1-7.
98. Delshad AA, Parvizi M. The Neuroprotective Effect of Nepeta menthoides on Axotomized Dorsal Root Ganglion Sensory Neurons in Neonate Rats. Journal of Basic and Clinical Pathophysiology. 2014;2(2):13-20.
99. Akhondzadeh S. Herbal medicines in the treatment of psychiatric and neurological disorders. Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health: Springer; 2007. p. 119-38.
100. Koulivand PH, Khaleghi Ghadiri M, Gorji A. Lavender and the nervous system. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;2013.
101. Ahmadian-Attar MM, Ahmadiani A, Kamalinejad M, Dargahi L, Mosaddegh M .Chronic Cold-Water-Induced Hypothermia Impairs Memory

Retrieval and *Nepeta menthoides* as a Traditional "Hot" Herb Reverses the Impairment. Iranian journal of pharmaceutical research : IJPR. 2014;13(Suppl):185-93.

102. Hersch M, Birnbaum RJ. Selective serotonin reuptake inhibitors: pharmacology, administration and side effects 2015 23/9/2015. Available from: www.uptodate.com.

Abstract

Introduction: Depression is a common psychiatric disorder. It may be the second disabling disease by 2020. Side effects of depression's common medications may due to treatment incompliance by patients which may conduct them to use Complementary and alternative medicine (CAM).

Aim: Declaration of depression treatment in Traditional Persian Medicine and comparison the efficacy of *Nepeta menthoides* and a common antidepressant drug (Sertraline) in the treatment of major depression.

Method: In the review part of this work we have reviewed manuscripts of 5 well-known Persian scholars in the chapters of anxiety, grief and Melancholia. The found therapeutic recommendations were classified and presented. In the second part of this work A two-armed double blind randomized controlled clinical trial were designed for 72 patients with major depression. Subjects were randomly assigned to receive *N. menthoides* or Sertraline for four weeks. Patients were evaluated in terms of Beck Depression Inventory scales Beck Anxiety Inventory scales and common side effects of medications at starting, 2nd week; 4th week and two weeks after the end of the intervention in 6th week. Folin-Ciocalteu and Dowd methods were employed to determine the formulation total phenol and flavonoid contents.

Results: Excretion of excess sauda humor beside some life style recommendations and in the next step suopprting damage organs were stages of depression treatment in Traditional Persian medicine.

Compared with Sertraline, *N. menthoides* showed a higher reduction in BDI and BAI scores in 2nd and 4th week along with a reduction in the relapse rate and side effects. Total phenolic and flavonoid contents revealed in the presence of 127.09 ± 0.43 mg GAE/g and 16.93 ± 0.09 mg Q/g of extract.

Conclusion: *N. menthoides* could be effective in control and causing a delay in recurrence of depressed mood and anxiety in the major depressive. There are a wide range of therapeutic approaches in Traditional Persian Medicine for depression which should be more investigated in clinical settings.

Keyword: Traditional Persian Medicine, History of Medicine, Avicenna, Major depression; Herbal medicine; *Nepeta menthoides*

IN THE NAME OF GOD

**Explanation of depression treatment in Traditional Persian
Medicine and comparison the efficacy of *Nepeta menthoides* Boiss
& Buhse and a common antidepressant drug (Sertraline) in the
treatment of major depression**

**By
Sepideh Kolouri**

**Thesis
Submitted to the Graduate Studies in partial Fulfillment of the
Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in
(Traditional Persian Medicine)**

**Shiraz University of Medical Sciences
Shiraz / Iran**

Evaluated and approved by:

1-Dr Ali Firoozabadi, Associated Professor of Psychiatry

2-Dr Aliraza Salehi, Assistant Professor of Epidemiology

3-Dr Mohammad Mehdi Zarshenas, Assistant Professor of Traditional Pharmacology

4-Dr Hosein Rezaeizadeh, Assistant Professor of Traditional Persian Medicine

5-Dr Zahra Sobhani, Assistant Professor of Pharmaceutic

April 2016



Shiraz University of Medical Sciences
School of Traditional Persian Medicine

Explanation of depression treatment in Traditional Persian Medicine
and comparison the efficacy of *Nepeta menthoides* Boiss & Buhse and
a common antidepressant drug (Sertraline) in the treatment of major
depression

By
(Sepideh Kolouri)

For The Degree of Doctor of Philosophy
In Traditional Persian Medicine

Thesis Advisors:

Dr Ali Firoozabadi, Associated Professor
Dr Aliraza Salehi, Assistant Professor
Dr Mohammad Mehdi Zarshenas, Assistant Professor

April 2016