

نخستین بار در سال ۱۹۵۹، تاثیر ضد افسردگی محوریت از خواب کشف شد

# نخوابیدن؛ روشی حیرت‌انگیز در درمان افسردگی

۷۰ درصد از افراد دوقطبی که در برابر داروهای ضد افسردگی مقاوم بودند در یک هفته به این درمان واکنش نشان دادند



لیندا گدز - ترجمه عماد پورشهریاری

محروم کردن افراد از خوابیدن به‌عنوان روشی در درمان افسردگی‌های شدید به نظر روشی غیرمنطقی است، اما برای برخی افراد این روش تنها راه درمان است.

از نخستین نشانه‌های بیماری دست آنجلینا بود. آنجلینا هنگامی که به زبان ایتالیایی با پرستار صحبت می‌کرد دایما با انگشتانش چیزی ترسیم می‌کرد، آنها را تکان می‌داد یا در هوا می‌چرخاند. پس از چند دقیقه‌ای که گذشت و آنجلینا کاملاً به حرکت درآمده بود، متوجه شدم موسیقی و لحن خاصی در صدایش ایجاد شده است که پیشتر وجود نداشت. خطوط پیشانی‌اش به نظر کمتر شده بود و جمع و کشیده شدن لب‌ها و چشمانش، مانند یک مترجم از وضع ذهنی او به من خبر می‌داد. زمانی که بدن من در حال خاموش شدن بود، آنجلینا تازه وارد زندگی شده بود. ساعت ۲ نیمه‌شب بود و ما در آشپزخانه‌ای با نور کم در بخش روانی یکی از بیمارستان‌های میلان اسپاگنی می‌خوریم. در پشت چشمانم درد کم‌رنگی حس می‌کردم و تمرکز را مرتب از دست می‌دادم. اما آنجلینا حداقل تا ۱۷ ساعت آینده قصد بازگشت به رختخواب را نداشت، به همین خاطر خودم را برای یک شب طولانی آماده کرده بودم. اگر در تصمیم‌ش شک می‌کردم، عینکش را برمی‌داشت و مستقیم به من نگاه می‌کرد و با انگشتان اشاره و شستش، پوست چین‌خورده و خاکستری‌رنگ اطراف چشمانش را می‌کشید. می‌گفت: «Occhi aperti» یعنی چشم‌ها باز.

این دومین بار در سه‌شب گذشته است که آنجلینا عامدانه خودش را از خواب محروم می‌کند. برای شخصی که دچار بیماری دوقطبی است و دوسال گذشته را در افسردگی حاد گذرانده، این حرکت احتمالا آخرین کاری است که ممکن است نیاز داشته باشد. با این حال، آنجلینا و دکتر مداواکننده او، امیدوارند این کار او را درمان کند. فرانسکو بندتی، مدیر بخش روانپزشکی و کلینیک روانشناسی زیست‌شناختی بیمارستان سنن رافائل در میلان ایتالیا، دو هفته است که بر بیدار درمانی به همراه نور آفتابی و لیتیوم

به‌عنوان راهی برای درمان افسردگی‌هایی که به داروهای پاسخ‌مانده‌اند، تحقیقی می‌کند. نتیجه این تحقیقات توجه روانپزشکانی در ایالت متحده بریتانیا و سایر کشورهای اروپایی را به خود جلب کرده و مدل‌های مختلفی از آن در کلینیک‌های آنها آغاز شده است. به نظر می‌رسد این «کرونوتراپی» ها با استفاده از یک ساعت بیولوژیک آهسته آغاز می‌شوند، این فعالیت‌ها در بیوسنسای افسردگی و به‌طور کلی خواب بسیار نویدبخش هستند.

بندتی می‌گوید: «اختلالات خواب در افراد سالم و افرادی که درگیر افسردگی هستند، تأثیری متضاد دارد.» اگر فردی سالم مستقیم و نخوابید احساس بدی خواهید داشت. اما اگر افسرده هستید، این بی‌خوابی می‌تواند در بهبود وضع روانی و همچنین توانایی‌های ادراکی‌تان تأثیری آبی و مثبت داشته باشد. بندتی اضافه می‌کند که البته موضوع به این سادگی‌ها هم نیست، وقتی به خواب می‌روید و کمبود خواب قبلی را جبران می‌کنید، در ۹۵ درصد احتمال بازگشت حالت پیشین وجود دارد.

تأثیر ضدافسردگی محرومیت از خواب نخستین بار سال ۱۹۵۹ در گزارشی در آلمان منتشر شد. یک گزارش دربارت بررسی یک محقق جوان به نام سوکارد فولوگ در توپیگن آلمان بود که در رساله

دکترایش و پس از آن در دهه ۱۹۷۰ بر این تأثیر تحقیق می‌کرد. او تأیید کرد که در یک محرومیت از خواب روشمند در افراد افسرده، یک شب بی‌خوابی می‌تواند مانع افسردگی آنها شود.

بندتی به‌عنوان یک روانپزشک جوان در اوایل دهه ۱۹۹۰ به اولین علاقه‌مند شد. داروی پروراک چند سالی بود که روانه بازار شده و در درمان افسردگی انقلابی ایجاد کرده بود. اما این داروها به ندرت در بیماران دوقطبی بررسی شده بودند. بندتی به تجربه دریافت‌شده بود که داروهای ضدافسردگی تا حد زیادی در بیماران دوقطبی تأثیرگذار نیستند.

بیماران او عاجزانه نیازمند یک درمان جایگزین بودند و سرپرستش، انریکو اسمالدی، برای این کار ایده ویژه‌ای داشت. او که پیشتر مقالاتی درباره بیدار درمانی خوانده بود، فرضیه‌هایش را روی بیماران خود آزمایش کرد و نتایج مثبتی به دست آورد. بندتی می‌گوید: «می‌دانستم که این روش جواب خواهد داد. بیمارانی با گذشته‌های هولناک و به‌سرعت خوب شدند. وظیفه من این بود کاری کنم آنها خوب باقی بمانند.»

یک مقاله در همین راستا توجه آنها را به خود جلب می‌کند. مطالعاتی آمریکایی نشان می‌داد که لیتیوم می‌تواند تأثیر محرومیت از خواب را افزایش دهد، به همین دلیل آنها روی این موضوع تحقیق کردند. آنها در بررسی بیماران پس از سه ماه در یافتند ۶۵ درصد بیماران که لیتیوم

دریافت می‌کنند، واکنشی پایدار به محرومیت از خواب دارند، درحالی‌که این میزان در مورد گروهی که لیتیوم استفاده نکرده بودند، تنها ۱۰ درصد بود. از آن جایی که حتی یک چرت کوتاه می‌تواند تأثیر این روش درمانی را از بین ببرد، آنها به دنبال روش‌هایی بودند که بتواند بیمار را در شب بیدار نگه دارد. در سفرهای هوایی برای هوشیار نگه داشتن خلبان‌ها از نورهی‌های روش استفاده می‌کنند و محققان هم از نورهای آبی الهام گرفتند. این روش تأثیر محرومیت از خواب را بشدت و به همان اندازه لیتیوم افزایش داد.

بندتی می‌گوید: «تصمیم گرفتیم تمام این بسته را به بیماران جدید که اثر چشمگیری داشت.» در اواخر دهه ۱۹۹۰ آنها به‌طور مستمر بیماری‌هایی را به روش سه‌گانه کرونوتراپی درمان می‌کردند: محرومیت از خواب، لیتیوم و نور.

محرومیت از خواب می‌تواند یک شب در هفته رخ دهد و در معرض نور آفتابی قرار گرفتن برای ۲۰ دقیقه هر روز صبح به مدت دو هفته باید

ادامه یابد، این شیوه به‌عنوان یک رویه تا امروز مورد استفاده قرار گرفته است. بندتی می‌گوید: «می‌توانیم فکر کنیم که این روش محروم کردن افراد از خوابیدن نیست، بلکه تصحیح یا بسط دادن چرخه خواب و بیداری از ۲۴ ساعت به ۴۸ ساعت. افراد هر دو شب یک‌بار به رختخواب می‌روند، اما از وقتی که به رختخواب می‌روند تا وقتی که بخواهند می‌توانند بپروند.»

بیمارستان سن رافائل نخستین بار کرونوتراپی سه‌گانه را در سال ۱۹۹۶ معرفی کرد. از آن زمان تاکنون حدود هزار نفر از بیماران افسرده‌ای که دوقطبی بودند، با این روش تحت درمان قرار گرفتند، همین‌طور بسیاری از افرادی که به داروهای افسردگی پاسخ مطلوبی نداده بودند. نتایج خود نشان دهنده موفقیت این روش است، براساس آخرین داده‌ها، ۷۰ درصد افراد دوقطبی که در برابر داروهای ضدافسردگی مقاوم بودند در همان هفته نخست به این کرونوتراپی‌ها واکنش نشان دادند، همچنین ۵۵ درصد آنها پس از یک‌ماه در رفع بیماری پیشرفت‌های ماندگاری داشتند.

داروهای ضدافسردگی، حتی اگر کارکردی هم داشته باشند، یک ماه اثرگذار خواهند بود، علاوه بر این ممکن است خطر خودکشی در این دوره افزایش یابد، اما کرونوتراپی حتی پس از یک شب معمولاً تأثیری پایدار و آسانی در کاهش تفکرات مرتبط با خودکشی دارد.

دوقطبی بودن آنجلینا نخستین بار ۳۰ سال پیش و در اواخر دهه سووم زندگی او تشخیص داده شد. تشخیص بیماری با یک استرس شدید همراه بود، همسرش با حکمی قضایی در کارش روبه‌رو شد و آنها نگران هزینه‌های لازم برای خود و کودکان‌شان بودند. آنجلینا نزدیک به سه‌سال دچار افسردگی شد. از آن زمان تاکنون

می‌شود. اما در افراد دچار افسردگی و بیماری دوقطبی، این نوسانات تعدیل پیدا کرده یا غایب هستند.

علاوه بر این افسردگی با تغییر ریتم روزانه ترشح هورمون‌ها و دمای بدن همراه است و هر اندازه بیماری حادتر باشد، درجه این بهم‌ریختگی نیز افزایش می‌یابد. مانند نشانه‌های خواب، این ریتم‌ها توسط سیستم شبانه‌روزی بدن هم هدایت می‌شوند که خود توسط مجموعه‌ای از فعل و انفعال پروتیین‌ها هدایت می‌شوند، این پروتیین‌ها نیز با «ژن‌های ساعت» که الگوی ریتمی طول روز را ابراز می‌کنند، کنده‌گذاری شده‌اند. این مدل‌ها فرایند سلولی مختلف را انجام می‌دهند، فرایندهایی که به ما امکان حس زمان و خاموش و روشن شدن می‌دهند. یک ساعت شبانه‌روزی در هر یک از سلول‌های بدن فعال است، اما در خواب، مغزی و در قسمتی از مغز حضور دارند که به آن هسته سوپراکراسیاتیک گفته می‌شود که به نور واکنش می‌دهد.

اشتاین اشناینگر بلمسون، روانپزشک بیمارستان دانشگاه کونتریگ سوئد که در حال حاضر مشغول انجام درمان آزمایشی بیداری درمانی است، می‌گوید: «وقتی افراد واقعا افسرده باشند، ریتم شبانه‌روزی آنها به‌کتابی تمایل پیدا می‌کند، ملاتونین معمولاً هنگام بیدار شدن در صبح دریافت نمی‌کنند و سطوح کورتیزول به‌طور مداوم عصرها و شب‌ها به جای افت، بالا می‌رود.»

بهبود پیدا کردن افسردگی به همراه نرمال شدن این چرخه‌ها است. بندتی می‌گوید: «فکر می‌کنم افسردگی یکی از نتایج یکناخت شدن ریتم شبانه‌روزی و هم‌ایستایی در مغز است. وقتی ما افراد افسرده را از خواب محروم می‌کنیم، درواقع فرایند این چرخه را از نورانه‌اندازی می‌کنیم.» اما این باز راه‌اندازی چطور اتفاق می‌افتد؟ یکی از احتمالات این است که افراد افسرده برای آغاز خواب‌بندت بیشتر، مقادیر زیادی از خواب نیاز دارند. تصور می‌شود فشار خواب یا انگیزه ما برای خواب به دلیل انتشار تدریجی آندوزین در مغز اتفاق می‌افتد. این ماده در طول روز ایجاد شده و به گیرنده‌های آندوزین روی اعصاب می‌چسبند و باعث می‌شود ما احساس خواب‌آلودگی کنیم. داروها بر روی این گیرنده‌ها تأثیر مشابهی دارند، درحالی‌که داروهایی که جلوی آنها را می‌گیرند، مانند آلفین باغرت هوشیاری ما می‌پوشند.

محققان دانشگاه توفنس در ماساچوست برای بررسی و تأیید این فرآیند و تأثیر ضدافسردگی بیداری طولانی‌مدت، به موش‌هایی که نشانه‌های افسردگی داشتند، مقادیر زیادی از ترکیب محرک گیرنده‌های آندوزین تزریق و اتفاقات هنگام محرومیت از خواب را به دقت شبیه‌سازی کردند. وضع موش‌ها از طریق اندازه‌گیری مدت زمان تلاش آنها برای فرار بررسی شد که پس از ۱۲ ساعت در وضع آنها بهبود مشاهده شد. می‌دانیم که محروم کردن از خواب تأثیرات مختلفی روی مغز دارد. این کار تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی را در مناطقی که به تنظیم خلق‌و‌خوی مربوط می‌شود، برهم می‌زند

و فعالیت عادی در مناطقی از مغز که فرایندهای احساسی را انجام می‌دهد، به حالت اولیه بازمی‌گرداند و ارتباط میان آنها را قدرت می‌بخشد.

همان‌طور که بندتی و گروهش متوجه شدند، اگر بیدار درمانی، باعث کندی ریتم شبانه‌روزی شود، لیتیم و نور درمانی می‌توانند در حفظ آن مفید باشند. سال‌هاست بدون این که کسی واقعا توجه کارکرد آن را متوجه شده باشد، از لیتیم به‌عنوان تثبیت‌کننده خلق‌و‌خو استفاده شده است. اما می‌دانیم که لیتیم بروز پروتیینی به نام PER2 را افزایش می‌دهد که آن مسئول تحریک مولکول ساعت در سلول‌هاست.

همچنین نور روشن و آفتابی به‌عنوان تغییردهنده ریتم هسته سوپراکراسیاتیک و تقویت‌کننده در مناطقی فرایندهای احساسی مغز به‌طور مستقیم شناخته می‌شود. در واقع، انجمن روانپزشکان آمریکا

معتقدند نور درمانی مؤثرترین روش در درمان افسردگی‌های غیرفصلی است. برخلاف نتایج موقد در برابر بیماری دوقطبی، بیدار درمانی در سایر کشورها سرعت بسیار اندکی داشته است.

به‌طور قطع بندتی هیچ‌گاه در انجام کرونوتراپی‌های آزمایشی خود پیشنهاد شرکت‌های داروسازی را قبول نکرده است، به جای آن، او تا

همین اوخر، به بودجه‌های دولتی متکی بود که اغلب بخش کوچکی از هزینه‌ها را تأمین می‌کرد. تحقیقات اخیر او با حمایت اتحادیه اروپا انجام گرفت. اگر بندتی راه تجاری را دنبال و سرمایه‌گذاری را برای آزمایش دارو روی بیماران خود قبول می‌کرد، در حال حاضر در یک آپارتمان دوجوابه زندگی نمی‌کرد و خودرویی بهتر از یک هوندا سیوبک مدل ۱۹۹۸ داشت. تعصب در برابر روش‌های دارویی باعث شده است بسیاری از روانپزشک‌ها توجه چندانی به کرونوتراپی نداشته باشند و بسیاری از مردم از آن آگاهی ندارند.

یافتن دارونماهای مناسب برای محرومیت از خواب در معرض نور قرار گرفتن بسیار سخت است و این به آن معناست که آزمایش‌های دارونماهای کنترل‌شده تصادفی و گسترده‌ای در رابطه کرونوتراپی انجام نشده است، به همین خاطر در کارکرد واقعی آن تردیدهایی وجود دارد. جان گدز، استاد اپیدمیولوژی روانپزشکی در دانشگاه اسکسفورد معتقد است: «در حالی که علاقه روبه‌رشدی در این حوزه وجود دارد، فکر نمی‌کنم درمان‌هایی بر پایه این رویکرد به‌طور متداول استفاده شوند. مدارک بهتری باید ارائه شود، چراکه در اجرای روش محرومیت از موانع جدی وجود دارد.»

بااین حال، علاقه به فرایندهای بررسی کرونوتراپی در حال شیوع است. گدز می‌گوید: «نگاه به زیست‌شناسی خواب و سیستم‌های

شبانه‌روزی در حال ایجاد اهداف امیدبخش در رابطه با درمان هستند. این کارها فراتر از امور دارویی است؛ هدف قرار دادن خواب با درمان روانشناسی ممکن است به کم کردن یا حتی جلوگیری از بیماری‌های ذهنی کمک کند.»

در بریتانیا، ایالات متحده، دانمارک و سوئد، روانپزشکان درحال بررسی کرونوتراپی به‌عنوان روشی برای درمان عمومی افسردگی هستند. دیوید ویل که در بیمارستان مانوودسلی لندن چنین آزمایش‌هایی انجام می‌دهد، معتقد است: «مطالعات متعددی که تاکنون انجام شده، بسیار اندک است. ما نیازمند توسعه تحقیقات هستیم تا ببینیم آیا این روش‌ها اجرایی هستند یا نه.»

نتایج تحقیقات تاکنون بسیار مختلف بوده است. کلوس مارتینی که در دانشگاه کپنهاگ دانمارک بر درمان افسردگی با روش‌های غیردارویی تحقیق می‌کند، دو آزمایش درباره بررسی تأثیر محرومیت از خواب منتشر کرده است، در هر دوی این موارد نور صبحگاهی و زمسان رفتن به رختخواب در افسردگی‌های عمومی بررسی شده‌اند. در تحقیق اول، ۷۵ بیمار، داروی ضدافسردگی دولوکستین را به همراه کرونوتراپی یا ورزش روزانه مصرف کردند. پس از هفته نخست، ۴۱ درصد گروهی که کرونوتراپی انجام داده بودند، نصف‌شدن نشانه‌های افسردگی را تجربه کردند، این میزان در گروه دیگر ۳۳ درصد بود. پس از ۲۹ هفته، ۶۲ درصد بیماران که تحت بیدار درمانی قرار گرفته بودند، فاقد هرگونه علائم بودند، درحالی‌که این میزان در گروه دیگر ۳۸ درصد بود.

مارتینی در تحقیق دوم، بیمارانی را که افسردگی حاد داشتند و به داروهای ضدافسردگی‌ها واکنشی نشان نداده بودند، علاوه بر دارو و روان‌درمانی‌ها، تحت درمان یکسال بسته‌های کرونوتراپی قرار داد. پس از یک هفته آنهایی که کرونوتراپی دریافت کرده بودند به نسبت گروهی که تحت درمان عادی بودند، به‌طور چشمگیری بهبود پیدا کردند، اگرچه در هفته‌های پس از آن، گروه کنترل به گروه نخست رسیدند.

بر اساس تحقیقی که سپتامبر ۲۰۱۷ در نشریه Lancet Psychiatry منتشر شد،

در بزرگ‌ترین آزمایش تصادفی تداخلات روانشناختی تا به امروز، افرادی که دچار بی‌خوابی بودند در یک دوره ۱۰ هفته‌ای، تحت رفتاردرمانی قرار گرفتند تا مشکلات خواب آنها اصلاح شود. این دسته کاهش پایدار پارانویا و توهم را تجربه کردند. همچنین نشانه‌های افسردگی و استرس در آنها کاهش پیدا کرد، تعداد تابوس‌ها کمتر شد، سلامت روانی و عملکرد روزانه‌شان ارتقا یافت و در دوره درمان؛ افسردگی و استرس کمتری را تجربه کردند.

خوابیدن، کارهای روزانه و نور روز. این فرمولی ساده است و انجام آن آسان، اما هنوز کنید که این کار بتواند میزان افسردگی را کاهش دهد و به افراد کمک کند تا با سرعتی بیشتر از آن رها شوند. این کار علاوه بر ارتقای زندگی افرادی به‌شمار، می‌تواند سرمایه‌زیادی را در سیستم‌های سلامت خواب کند.

در مورد بیدار درمانی، بندتی هشدار می‌دهد این کار چیزی نیست که افراد خود بخواهند آن را در خانه انجام دهند. به‌طور ویژه در مورد افرادی که دچار دوقطبی هستند، خطر تریسر آن به دیوانگی وجود دارد، اگرچه او به تجربه دریافت‌شده است استفاده بسیار بیشتری دارد. بیدار نگه داشتن خود در طول شب، کار بسیار مشکلی است، برخی از

**محروم کردن از خواب تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی را در مناطقی که به تنظیم خلق‌و‌خوی مربوط می‌شود، برهم می‌زند و فعالیت عادی در مناطقی از مغز که فرایندهای احساسی را انجام می‌دهد، به حالت اولیه بازمی‌گرداند**

بیماران نیز به وضع افسرده قبلی بازمی‌گردند یا حالت خلق‌و‌خوی متخلط پیدا می‌کنند که می‌تواند خطر ناک باشد، چراکه حالت‌های روانی مختلط اغلب به خودکشی ختم می‌شود.

یک هفته پس از شب‌بیداری همراه با آنجلینا بندتی بخواب رفتیم تا از فرایند درمان او مطلع شوم. بندتی گفت بعد از سومین محرومیت از خواب، آنجلینا نشانه‌های درمان کامل را داشته و با همسرش به سیسیل بازگشته است. این هفته، آنها قرار است پنجاهمین سالگرد ازدواج‌شان را جشن بگیرند. از او پرسیدم آیا همسرش متوجه تغییر نشانه‌های او می‌شود، پاسخ داد که امیدوار شد شوهرش متوجه تغییرات فیزیکی او شده باشد.

منبع: موزا اوبیک ساینس  
۱- می‌افتد تا این که بعد از چند روز ریتم خواب به حالت عادی بازگردد.  
۲- بخشی از مغز که در قسمت شکمی هیپوتالاموس واقع شده است. ملاتونین یا همان هورمون خواب در خون ترشح می‌شود و پس از عبور از سد خونی- نخاعی به هسته سوپراکراسیاتیک می‌رسد.  
۳- هورمون خواب