رسالت
سال چهلم ■ شماره ۱۱۲۷۷ ■ روزنامه صبح ایران

داروهای ضدافسردگی و باورهای اشتباه جامعه

ضرورت قبح‌زدایی از مصرف داروهای ضدافسردگی

داروهای ضدافسردگی از پرمناقشه‌ترین درمان‌های دارویی در علم پزشکی هستند و پوشش رسانه‌ای درباره آن هامعمولاً باسوگیری همراه است. اگرقراربودهرچه‌راکه‌دررسانه‌هامی‌خواندیم‌یا می‌شنیدیم‌باورکنیم، نمی‌دانستیم‌این‌داروهارابابد درمانی بسیارمؤثرند‌یاداروناهایی‌بی‌خاصیت؛ آیاآن‌هاداروهایی هستند‌به‌طرزخطرناکی‌اعتیادآور یا اینکه عوارض جانبی ندارند؛ آیا داروهایی هستند که بیش‌ازحد‌تجویزمی‌شوند‌یا اینکه اتفاقاً‌به‌اندازه لازم تجویزنمی‌شوند. آنچه روشن است، این است که تمامی این عبارت‌های ضدونقیض نمی‌توانند صحیح باشند.

معمولا داروهای ضدافسردگی برای درمان افسردگی بالینی و مشکلات وابسته به آن استفاده می‌شوند، نه برای غم واندوهی که هریک ازما هرازگاهی، به‌ویژه در هنگام مواجهه با مشکلات، ممکن است به آن دچار شویم. افسردگی به‌عنوان یک بیماري روان‌پزشکی، وضعیتی که گاهی آن را افسردگی بالینی یا افسردگی عمده می‌نامند، به حالتی گفته می‌شود که در آن، یک نفر همیشه یا اکثراوقات احساس غم واندوه کند و این وضعیت حداقل دوهفته طول بکشد. البته برای تشخیص افسردگی باید‌علاوه برغم‌واندوه‌مجموعه‌ای از علائم دیگر نیز‌وجود داشته باشد و بیمار احساس کند که این علائم، زندگی عادی او را مختل کرده است. افسردگی بالینی با نشانه‌هایی همچون کمبود انرژی؛ لذت نبردن از کارهایی که قبلاً‌برای شخص لذت‌بخش بوده‌اند؛ کم‌تحرکی یاافزایش‌تحرک‌وبی‌قراری؛ اختلال درخواب، ازجمله‌بی‌خوابی یاخواب‌آلودگی؛ فکرکردن در مورد خودکشی؛ ناتوانی در تصمیم‌گیری یا کاهش تمرکز؛ فقدان اعتماد‌به‌نفس؛ افکارمنفی در‌مورد‌خود، جهان‌یاآینده‌همراه‌است. باید‌توجه‌کرد‌که‌دو‌تعریف‌در مورد‌افسردگی‌وجود‌دارد؛ یکی تعریفی است که «انجمن روان‌پزشکی آمریکا» استفاده می‌کند که جدیدترین نسخه آن، در راهنمای تشخیص این انجمن آمده و دیگری تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی ارائه می‌دهد. وجه تشابه میان این دو رویکرد آن است که هردو‌برای تشخیص افسردگی بالینی وجود پنج مورد از علائم بالا را به‌صورت دائمی یا بیشتراوقات در طول دو هفته ضروری می‌دانند. تا‌امیدی نسبت به‌آینده یکی از علائمی است که در‌تعریف سازمان بهداشت جهانی به آن اشاره‌شده‌امادر‌تعریف«انجمن‌روان‌پزشکی‌آمریکا» ذکر نشده است. تفاوت در تعریف افسردگی در این دو منبع کار را کمی مشکل می‌کند اما این نکته یادآوری خوبی نیز‌هست که این تعریف‌ها و راهنماها حرف آخر را‌درباره‌ی تشخیص افسردگی نمی‌زنند.

یکی‌ازفوایدوجودشاخصه‌هایی‌رسمی‌برای‌تشخیص بیماری، این است که تعیین میزان شیوع عوارض مختلف را امکان‌پذیر می‌کند. جدیدترین آمارها نشان می‌دهد که در‌هرمقطع‌زمانی، حدود۵‌درصد ازبزرگ‌سالان‌درسراسرجهان‌دچاربیماری‌افسردگی قابل‌تشخیص‌هستند‌ومصرف‌داروهای‌ضدافسردگی تا‌حدود‌زیادی به افراد مبتلا کمک کرده است.

■ اگرداروهای‌ضدافسردگی‌مؤثرند، پس‌جنجال برسرچیست؟

محمدرضا ابراهیمی در قامت روان‌درمانگر معتقد است: اثربخشی داروهای ضدافسردگی بارها‌وبارها‌در کارآزمایی‌های بالینی به اثبات رسیده‌وبه‌رغم‌برخی نظرات، به‌طورکلی‌شواهدی‌که‌در‌موردتاثرگذاری‌این داروها‌وجود‌دارد، بسیار‌محکم‌است.

این روان‌درمانگر در ادامه عنوان می‌کند: «همه داروهای‌افسردگی‌ای‌که‌مجوزدریافت‌کرده‌اند، سطح ناقل‌های عصبی شیمیایی مغز، به‌ویژه سروتونین و‌نورایی‌نفرین، را‌افزایش می‌دهند. سلول‌های مغز به‌وسیله‌ی‌این‌ناقل‌های‌عصبی‌وازطریق‌سیناپس‌با یکدیگر‌ارتباط‌برقرار‌می‌کنند. در‌سطح‌روان‌شناختی، مدت‌اندکی‌پس‌ازشروع‌مصرف‌داروهای‌ضدافسردگی، فرد‌مبتلا‌شروع‌به‌پردازش‌اطلاعات‌به‌صورت‌مثبت می‌کند؛ برای‌مثال، یادآوری‌خاطرات‌خوش‌برای‌او آسان‌تر‌می‌شود. در‌سطح‌مولکولی، به‌نظر‌می‌رسد که‌داروهای‌ضدافسردگی‌باعث‌انعطاف‌پذیری سیناپتیک‌و‌رشد‌سلول‌های‌عصبی‌می‌شوند‌و‌به این‌وسیله، اثرات‌منفی‌اضطراب‌بر‌این‌فرآیندها را‌خنثی‌می‌کنند. تمامی‌این‌تغییرات‌دارویی، روان‌شناختی‌و‌مولکولی‌می‌توانند‌دست‌به‌دست هم‌داده‌و‌به‌درمان‌افسردگی‌بینجامند.»

همواره‌این‌پرسش‌مطرح‌است‌که‌داروهای ضدافسردگی‌باتوجه‌به‌اثرگذاربودن، چراتااین‌حد مناقشه‌انگیزند‌و‌با‌باورهای‌جامعه‌نسبت‌به‌این مسئله‌اشتباه‌است؟ آنطور‌که‌ابراهیمی‌می‌گوید: «بیماری‌های‌روانی‌اغلب‌بابدنامی‌همراهندوبدون شک، این مسئله‌برنحوه‌مواجهه‌بسیاری‌ازمردم با‌داروهای‌ضدافسردگی‌تأثیر‌می‌گذارد. باورهای غلطی‌مثل‌اینکه‌افسردگی «یک‌نوع‌غم‌و‌اندوه» است‌یا‌اینکه‌افسردگی‌مسئله‌ای «روانی» است‌نه جسمانی‌یا‌اینکه‌افسردگی‌یک‌بیماری «واقعی» نیست‌که‌نیاز‌به‌درمان‌داشته‌باشد‌نیز‌در‌این مسئله‌بسیار‌مؤثربوده‌اند. ازسوی‌دیگر، برخی‌فکر می‌کنند‌که‌افسردگی‌ناامیدکننده‌است‌ودرمانی‌برای آن‌وجود‌ندارد‌و‌یا‌اینکه‌بیمار‌به‌درمان‌مادام‌العمر نیاز‌دارد. در‌همه‌این‌حالت‌ها، افرادی‌که‌داروهای ضدافسردگی‌مصرف‌می‌کنند، مرتب‌در‌شبکه‌های اجتماعی‌تحقیر‌می‌شوند. شاید‌تا‌حدی‌به‌همین دلیل‌است‌که‌افراد‌معمولاً‌به‌صحبت‌درباره‌مصرف داروهای‌ضدافسردگی‌و‌اثرات‌مثبتشان‌در‌درمان بیماری‌تمایلی‌ندارند. این در‌حالی‌است‌که‌این داروها‌برای‌اکثرافراد‌مفیدند‌و‌در‌برخی‌موارد‌واقعاً جان‌بیمار‌را‌نجات‌می‌دهند.»

■ چه‌باید‌کرد؟

این روان‌درمانگر‌می‌گوید: «اگر‌فرد‌دچار‌افسردگی است، یا‌از‌اضطراب‌رنج‌می‌برد‌یا‌به‌فکر‌دریافت‌کمک و‌درمان‌ازجمله‌داروهای‌ضدافسردگی‌است، عاقلانه این‌است‌که‌از‌خود‌درباره‌تجربه‌ها‌و‌شرایطش‌چند سؤال‌بپرسد. مثلا‌اینکه‌آیاعلائم‌درمان‌نیازدارم؟ اکثر مواردافسردگی‌واضطراب، خفیف‌هستندوبه‌مرورزمان برطرف‌می‌شوند. همان‌طورکه‌می‌گویند، زمان‌شفاگر بزرگی‌است. راهنمای‌روان‌پزشکی‌ایالات‌متحده می‌گوید‌که‌بهبود‌افسردگی‌بالینی‌برای‌حدود۴۰‌درصد بیماران‌پس‌ازسه‌ماه‌و‌برای‌حدود۸۰‌درصد‌بیماران بعد‌ازیک‌سال‌شروع‌می‌شود. اگرغم‌واندوه‌مزمن توسط‌محرک‌خاصی (برای‌مثال‌زندگی‌پراسترس) ایجاد‌شده‌است، شاید‌بهتر‌باشد‌که‌فرد‌تلاش‌هایش برای‌دریافت‌کمک‌های‌عملی‌جهت‌برطرف‌کردن آن‌مشکل‌خاص‌متمرکز‌کند. برای‌مثال، اگر‌محرک افسردگی، فشارهای‌زندگی‌است، شاید‌بهتر‌باشد‌که‌روی دریافت‌حمایت‌های‌بیشتری‌درزمینه‌درسی، مالی‌یا مسکن‌تمرکز‌کند. یااگرمحرک‌افسردگی، مشکلات‌روابط زناشویی‌است، بهترین‌کار‌شاید‌استفاده‌ازروش‌درمانی «درمان» کند، تنها‌به‌مواجهه‌با‌آن‌ها‌کمک‌می‌کند. روان‌درمانی‌می‌تواند‌برای‌افرادی‌که‌دچار‌افسردگی متوسط‌تا‌شدید‌هستند، مفید‌باشد‌اما‌اثرگذاری‌آن منوط‌به‌میزان‌تجربه‌وتخصص‌درمانگراست. به‌علاوه، این‌نکته‌را‌هم‌باید‌در‌ذهن‌داشت‌که‌روان‌درمانی برای‌حدود۳۰‌تا۴۰‌درصد‌از‌مردم‌مفید‌نخواهد‌بود. این‌درصد‌تقریباً‌برابرمیزان‌بیمارانی‌است‌که‌مصرف داروهای‌ضدافسردگی‌برایشان‌کاری‌نخواهد‌کرد ـ خوشبختانه، یکی‌با‌هر‌دوی‌این‌رویکردها‌برای‌اکثر مردم‌راهگشا‌خواهد‌بود. همچنین‌درمان‌های‌مبتنی برگفت‌وگونیزمثل‌هردرمان‌دیگری‌می‌توانند‌همان‌طور که‌مفید‌است، مضرهم‌باشد. این‌حوزه‌ای‌ازپژوهش روان‌شناختی‌است‌که‌تاکنون‌به‌آن‌چندان‌توجه‌نشده است. اگربخواهیم‌ساده‌بگویم، بعضی‌ازافراد‌درکودکی چنان‌ضربه‌های‌روانی‌سنگینی‌را‌تجربه‌کرده‌اند‌که به‌دلیل‌صدماتی‌که‌به‌آن‌هاوارد‌شده، حتی‌نمی‌توانند درباره‌ی‌آن‌دوران‌صحبت‌کنند، چه‌برسد‌به‌اینکه چنین‌صحبتی‌برایشان‌سودمند‌باشد.»

■ چه‌وقتی‌باید‌داروی‌ضدافسردگی‌مصرف کرد؟

این روان‌درمانگر در مورد زمان مصرف داروهای ضدافسردگی این‌گونه توضیح می‌دهد: «اگر‌فردی از‌افسردگی‌یا‌اضطراب‌خفیف‌تا‌متوسط‌رنج‌می‌برد و‌گذشت‌زمان‌و‌روان‌درمانی‌مبتنی‌برگفت‌وگو‌به او‌کمک‌نکرده‌است‌و‌به‌ویژه‌اگراحساس‌می‌کند‌که وضاع‌درحال‌وخیم‌شدن‌است، وقتش‌است‌که‌به مصرف‌داروهای‌ضدافسردگی‌فکر‌کند. به‌علاوه، اگر افسردگی‌یااضطراب‌متوسط‌تاشدیداست، باید‌مصرف داروهای‌ضدافسردگی‌به‌همراه‌رفتاردرمانی‌شناختی به‌عنوان‌اولین‌درمان‌موردتوجه‌باشد. به‌طورکلی، هرچه‌اغلط‌مابه‌مشکلاتشان‌رانداردند. درست‌است‌که افسردگی‌می‌تواندریشه‌درگذشته‌فردمثلاًسوءاستفاده جنسی‌یا‌خشونت‌فیزیکی‌درکودکی‌داشته‌باشد‌اما روان‌درمانی‌معمولاً‌بیش‌ازآنکه‌بتواند‌این‌مسائل‌را «درمان» کند، تنها‌به‌مواجهه‌با‌آن‌ها‌کمک‌می‌کند. روان‌درمانی‌می‌تواند‌برای‌افرادی‌که‌دچار‌افسردگی متوسط‌تا‌شدید‌هستند، مفید‌باشد‌اما‌اثرگذاری‌آن منوط‌به‌میزان‌تجربه‌وتخصص‌درمانگراست. به‌علاوه، این‌نکته‌را‌هم‌باید‌در‌ذهن‌داشت‌که‌روان‌درمانی برای‌حدود۳۰‌تا۴۰‌درصد‌از‌مردم‌مفید‌نخواهد‌بود. این‌درصد‌تقریباً‌برابرمیزان‌بیمارانی‌است‌که‌مصرف داروهای‌ضدافسردگی‌برایشان‌کاری‌نخواهد‌کرد ـ خوشبختانه، یکی‌با‌هر‌دوی‌این‌رویکردها‌برای‌اکثر مردم‌راهگشا‌خواهد‌بود. همچنین‌درمان‌های‌مبتنی برگفت‌وگونیزمثل‌هردرمان‌دیگری‌می‌توانند‌همان‌طور که‌مفید‌است، مضرهم‌باشد. این‌حوزه‌ای‌ازپژوهش روان‌شناختی‌است‌که‌تاکنون‌به‌آن‌چندان‌توجه‌نشده است. اگربخواهیم‌ساده‌بگویم، بعضی‌ازافراد‌درکودکی چنان‌ضربه‌های‌روانی‌سنگینی‌را‌تجربه‌کرده‌اند‌که به‌دلیل‌صدماتی‌که‌به‌آن‌هاوارد‌شده، حتی‌نمی‌توانند درباره‌ی‌آن‌دوران‌صحبت‌کنند، چه‌برسد‌به‌اینکه چنین‌صحبتی‌برایشان‌سودمند‌باشد.»

■ چه‌وقتی‌باید‌داروی‌ضدافسردگی‌نتیجه‌بخش‌نباشد، چه‌کنیم؟

این روان‌درمانگر مبتنی بر‌شواهد علمی با‌اشاره به شائبه‌فقدان‌اثربخشی‌درمصرف‌داروهای‌ضدافسردگی می‌گوید: «از‌شروع‌درمان‌افسردگی‌یا‌اضطراب‌با داروهای‌ضدافسردگی‌ممکن‌است‌بلافاصله‌علائم اضطرابی‌کامل‌داروها‌برای‌رفع‌افسردگی معمولاً‌دو‌تا‌سه‌ماه‌و‌برای‌رفع‌اضطراب‌حتی‌بیشتر ازاین‌مدت، زمان‌لازم‌دارد. پس‌اگر‌در‌ابتدا‌تغییری در‌حال‌فرد‌احساس‌نشد، اغلب‌بهتر‌است‌تا‌جایی که‌عوارض‌جانبی‌داروها‌قابل‌تحمل‌است، به‌مصرف داروها‌ادامه‌داد. اگربا‌گذشت‌زمان‌بازهم‌از‌مصرف داروها‌نتیجه‌ای‌حاصل‌نشده، بهترین‌و‌آسان‌ترین قدم‌بعدی، امتحان‌دوزبالاتری‌ازهمان‌داروست‌که البته‌باید در‌مشورت‌با‌پزشک‌صورت‌گیرد. پزشک معمولاً‌با‌دوز‌بیست‌میلی‌گرمی‌فلوکستین‌یا‌پنجاه میلی‌گرمی‌سرترالین‌شروع‌می‌کند. این‌دوزها‌اغلب می‌تواند‌کارساز‌باشد‌امابیمارانی‌که‌مشکلات‌متوسط تاشدید‌دارند، معمولاً‌به‌دوزبالاتری‌نیازدارند. اگردوز بالاترهمان‌داواثربخش‌نباشد، پزشک‌ممکن‌است پیشنهاد‌استفاده‌ازیک‌داروی‌ضدافسردگی‌دیگر‌را بدهد. تجربه‌و‌البته‌داده‌های‌محدودی‌که‌در‌این زمینه‌وجود‌دارد، نشان‌می‌دهد‌که‌حدود۱۰‌درصد‌از بیماران‌ممکن‌است‌قبل‌ازآنکه‌داروی‌مناسبشان‌راپیدا کنند، مجبوربه‌امتحان‌سه‌یاچهارداروی‌ضدافسردگی مختلف‌شوند. اگردوزبالاتر‌داروی‌اولیه‌کمکی‌نکرد، شاید‌زمان‌مناسبی‌باشد‌که‌در‌کنار‌درمان‌دارویی، یک نوع‌درمانی‌ساختاریافته‌مثل‌رفتاردرمانی‌شناختی یا‌روان‌درمانی‌بین‌فردی‌را‌نیزشروع‌کرد. این‌شیوه‌ها برای‌اکثربیماران‌راهگشا‌خواهد‌بود. اما‌اگرهنوزهم بعد‌ازطی‌کردن‌این‌فرآیند‌هیچ‌نشانه‌ای‌ازبهبود‌در علائم‌دیده‌نشده، تمامی‌متخصصان‌سلامت‌روان‌که در‌درمان‌نقش‌داشته‌اند، باید‌وضعیت‌را‌بررسی‌و‌در تشخیصشان‌بازنگری‌کنند. شاید‌یک‌عامل‌استرس دائمی‌یایک‌مشکل‌روانی-اجتماعی‌حل‌نشده‌وجود دارد‌که‌هنوز‌ایجاد‌مشکل‌می‌کند. نکته‌دیگری‌که باید‌به‌یاد‌داشت، این‌است‌که‌خود‌درمانی‌با‌داروهای غیرقانونی‌می‌تواند‌درمان‌افسردگی‌رابه‌تأخیربیندازد‌و فواید‌داروهای‌ضدافسردگی‌را‌ازمیان‌ببرد.»

اما‌چه‌وقت‌وچگونه‌باید‌مصرف‌داروهای‌ضدافسردگی را‌متوقف‌کرد؟ ابراهیمی‌در‌این‌زمینه‌بیان‌می‌کند: «شواهد‌بسیاری‌وجود‌دارد‌که‌نشان‌می‌دهد‌مصرف داروهای‌ضدافسردگی‌برای‌یک‌سال‌یابیشتراحتمال بازگشت‌افسردگی‌واضطراب‌وبیماری‌دوباره‌رابه‌شدت کاهش‌می‌دهد. معمولا‌اکثربیماران‌ترجیح‌می‌دهند به‌محض‌بهبود، مصرف‌قرص‌های‌ضدافسردگی‌را متوقف‌کنند. وقتی‌بیمار‌با‌مصرف‌قرص‌ها‌حالش بهترمی‌شود، فکرمی‌کند‌که‌می‌تواند‌به‌راحتی‌آن‌ها را‌قطع‌کند‌اما‌اغلب‌این‌طور‌نیست. به‌خصوص در‌موارد‌افسردگی‌متوسط‌و‌شدید‌احتمال‌زیادی برای‌بازگشت‌مجدد‌بیماری‌وجود‌دارد‌و‌البته‌یکی ازدلایلی‌که‌باعث‌می‌شود‌افراد‌به‌دنبال‌قطع‌سریع قرص‌های‌ضدافسردگی‌باشند، این‌است‌که‌بسیاری ازافراد‌ناآگاه‌تصور‌می‌کنند‌که‌استفاده‌از‌داروهای ضدافسردگی‌ناشی‌ازضعف‌عاطفی‌یاناتوانی‌در‌حل مشکلات‌است. این‌گونه‌افراد‌انتظار‌دارند‌که‌مبتلایان به‌افسردگی‌به‌خودشان‌تکانی‌بدهند‌و‌خود‌به‌خود حالشان‌را‌خوب‌کنند. باوجود‌شواهد‌علمی‌بسیار در‌مورد‌نتیجه‌بخش‌بودن‌داروهای‌ضدافسردگی، چنین‌افکارغلطی‌گاهی‌بابی‌اعتقادی‌به‌تأثیرداروهای ضدافسردگی‌همراه‌می‌شود. اینکه‌مصرف‌کنندگان داروهای‌ضدافسردگی‌معمولاً‌با‌قضاوت‌دوستان، اطرافیان، خانواده‌هاومهکارانشان‌مواجه‌می‌شوند، واقعیتی‌شناخته‌شده‌است. باوجود‌این، هیچ‌راهنمای خوبی‌ندیده‌ام‌که‌بگوید‌چطور‌می‌توان‌با‌این‌رفتارها برخورد‌کرد. توصیه‌من‌این‌است‌که‌برای‌اطرافیان خود‌توضیح‌دهید‌که‌افسردگی‌وضعیتی‌رنج‌آور‌و فلج‌کننده‌است‌و‌داروها‌اثربخش‌و‌عوارض‌جانبی احتمالی، قابل‌مدیریت‌هستند. به‌آن‌ها‌بگویید‌که‌برای‌همیشه‌نیاز‌به‌قرص‌ندارید‌و‌وقتی‌بار‌دیگر حالتان‌مساعد‌شود، به‌تدریج‌مصرف‌قرص‌را‌ترک خواهید‌کرد. به‌نظرشرعی‌که‌در‌مورد‌مصرف‌داروهای ضدافسردگی‌وجود‌دارد، ارتباط‌نزدیکی‌باشرم‌کلی نسبت‌به‌افسردگی‌وبیماری‌های‌روانی‌دارد. هرقدر افراد‌بتوانند‌آزادانه‌تر‌درباره‌بیماری‌شان‌و‌فواید استفاده‌ازداروصحبت‌کنند، شرم‌افسردگی‌ومصرف داروهای‌ضدافسردگی‌کمترمی‌شود.»

از‌عوارض‌به‌عنوان «معمول» (تجربه‌شده‌بین‌۱‌تا‌۱۰ درصد‌از‌مصرف‌کنندگان) طبقه‌بندی‌می‌شوند. به همین‌دلیل، افرادی‌که‌داروهای‌ضدافسردگی‌رامصرف می‌کنند، به‌ویژه‌در‌مراحل‌اولیه‌درمان، باید‌تحت‌نظارت مداوم‌پزشک‌باشند. بسیاری‌ازبیماران‌بالای‌سی‌سال، می‌گویند‌که‌داروهای‌بازدارنده‌بازجذب‌سروتونین در‌آن‌ها‌ایجاد‌کم‌اشتهایی، حالت‌تهوع، دل‌پیچه‌و اختلال‌جنسی‌می‌کند. تجربه‌نشان‌می‌دهد‌که‌این مشکلات‌در‌اکثربیماران‌بسیار‌خفیف‌اند‌و‌معمولاً پس‌ازگذشت‌چند‌هفته‌ازآغاز‌داروها‌ازبین‌می‌روند. داروهای‌بازدارنده‌ی‌بازجذب‌سروتونین‌همچنین‌در اوایل‌مصرف‌می‌توانند‌بیمار‌را‌دچار‌حس‌بی‌قراری و‌جنب‌وجوش‌زیاد‌کنند. به‌همین‌دلیل، معمولاً بهتراست‌که‌این‌داروها‌را‌صبح‌ها‌و‌به‌همراه‌صبحانه مصرف‌کرد. تجربه‌نشان‌می‌دهد‌که‌آگاه‌کردن‌بیماران درباره‌ی‌این‌عوارض‌جانبی‌متداول‌وتوضیح‌اینکه‌چطور می‌توانند‌این‌عوارض‌را‌مدیریت‌کنند، به‌آن‌ها‌کمک می‌کند‌تا‌بتوانند‌بهتر‌داروها‌را‌تحمل‌کنند‌و‌این‌امر حتی‌اثرگذاری‌داروها‌را‌افزایش‌می‌دهد. عوارض‌جانبی داروهای‌ضدافسردگی‌آرام‌بخش‌مثل‌میرتازاپین، دولوکستین، آمی‌ترپیتیلین‌و‌کلومیپرامین‌که‌اکثراً ایجاد‌خواب‌آلودگی‌می‌کنند، بسیار‌متفاوت‌از‌اثرات داروهای‌بازدارنده‌بازجذب‌سروتونین‌است. درمان بی‌آرام‌بخش‌می‌تواند‌برای‌افرادی‌که‌دچارکم‌خوابی‌یا بی‌خوابی‌هستند، بسیار‌مؤثرباشد‌اما‌اگربیمار‌روزبعد احساس‌گیجی‌و‌خواب‌آلودگی‌داشته‌باشد، معمولاً در‌مشورت‌با‌پزشک‌دوز‌مصرفی‌را‌می‌توان‌به‌دونیم تقسیم‌کرد. یکی‌دیگرازعوارض‌داروهای‌ضدافسردگی علائم‌افسردگی‌شدید‌عبارت‌اند‌از: بی‌لذتی‌محض، بی‌حسی‌عاطفی، حس‌آزردگی‌و‌کندترشدن‌افکار‌یا حرکات‌از‌حالت‌معمول. معمولاً‌می‌گویند‌اگر‌فردی علائم‌زیست‌شناختی‌افسردگی‌وافسردگی‌مالیخولیایی ازقبیل‌اختلال‌درخواب‌یااختلال‌اشتها، صبح‌زود‌بیدار شدن‌واحساس‌خستگی‌شدید‌درآغازروزراتجربه‌کند، احتمال‌اینکه‌داروهای‌ضدافسردگی‌بتوانند‌به‌او‌کمک کند، بیشتراست. البته‌شواهد‌مبتنی‌برپژوهش‌در‌این مورد‌بسیار‌کم‌است‌و‌باید‌جانب‌احتیاط‌را‌رعایت‌کرد. ازطرفی‌اگر‌فرد‌حس‌می‌کند‌آن‌قدر‌ناخوش‌است‌که نمی‌تواند‌درست‌فکرکند‌وازعهده‌باروران‌درمانی‌بربیاید یا‌اگرصرفاً‌ترجیح‌می‌دهد‌که‌از‌داروهای‌ضدافسردگی استفاده‌کند، همه‌این‌هاعلائمی‌است‌که‌نشان‌می‌دهد مصرف‌داروهای‌ضدافسردگی‌احتمالاً‌گزینه‌مناسبی خواهد‌بود. یک‌دلیل‌دیگر‌برای‌استفاده‌از‌داروهای ضدافسردگی‌این‌است‌که‌فرد‌بخواهد‌روند‌بهبود‌را تسریع‌کند؛ برای‌مثال، وقتی‌بیمار‌به‌فکر‌خودکشی است‌یاوقتی‌افسردگی‌مشکلاتی‌درزمینه‌شغل‌یاروابط او‌ایجاد‌کرده‌است. روان‌درمانی‌هم‌گاهی‌می‌تواند نسبتاً‌سریع‌عمل‌کند‌اما‌اغلب‌ماه‌طول‌می‌کشد‌تا شاهد‌تغییر‌معناداری‌باشیم، درحالی‌که‌قرص‌های ضدافسردگی‌معمولاً‌ظرف‌چند‌هفته‌می‌توانند‌فواید چشمگیرخود‌را‌نشان‌دهند.»

■ از‌چه‌داروهایی‌باید‌استفاده‌کرد؟

ابراهیمی‌در‌ادامه‌به‌این‌سؤال‌که‌چه‌داروهایی‌برای درمان‌افسردگی‌مؤثرتر‌است، پاسخ‌می‌دهد: «این تصمیمی‌است‌که‌باید‌درمشورت‌باپزشک‌گرفته‌شود. باوجوداین، خوب‌است‌که‌قبل‌از‌صحبت‌با‌پزشک تا‌حدی‌اطلاعات‌پایه‌ای‌راجع‌به‌گزینه‌های‌موجود کسب‌کرد. چیزی‌که‌باید‌به‌یاد‌داشت، این‌است‌که کارآزمایی‌های‌بالینی‌نشان‌داده‌اند‌که‌همه‌داروهای ضدافسردگی‌ای‌که‌اکنون‌برای‌درمان‌افسردگی‌یا اضطراب‌مجوز‌گرفته‌اند، برای‌بیماران‌اثربخش‌تراز قرص‌های‌دارونمابوده‌اند. شواهد‌فعلی‌نشان‌می‌دهد که‌مؤثرترین‌داروها‌برای‌درمان‌افسردگی‌داروهای قدیمی‌ای‌مانند‌آمی‌ترپیتیلین‌که‌آن‌راباساس‌ساختار شیمیایی‌اش‌سه‌حلقه‌ای‌می‌نامند)، اس‌سیتالوپرام، پاروکستین (که‌به‌دلیل‌تأثیر‌شیمیایی‌شان‌در‌مغز، آن‌ها‌را‌بازدارنده‌های‌بازجذب‌سروتونین‌می‌نامند) و‌داروهای‌جدیدتری‌مانند‌میرتازاپین‌و‌ونلافاکسین هستند. اثرگذاری‌داروهای‌دیگری‌مانند‌فلوکستین‌و سرترالین‌اندکی‌کمتراست‌امامعمولاًاثرات‌جانبی‌کمتری نیز‌دارند. دولوکستین، ونلافاکسین‌و‌اس‌سیتالوپرام به‌یک‌اندازه‌در‌درمان‌اضطراب‌مؤثرند‌و‌اکثربیماران بدون‌هیچ‌مشکلی‌آن‌هارامصرف‌می‌کنند. گزینه‌های دیگرازجمله‌میرتازاپین، سرترالین‌وفلوکستین‌هرچند مشکلاتی‌ایجاد‌می‌کنند، اما‌مؤثرند. کوئتیاپین‌نیز می‌تواند‌به‌درمان‌اضطراب‌و‌افسردگی‌کمک‌کند‌اما یکی‌از‌اثرات‌جانبی‌آن، افزایش‌وزن‌است.»

■ انتظار‌چه‌عوارض‌جانبی‌را‌باید‌داشت؟

این روان‌درمانگر‌می‌گوید: «داروهای‌ضدافسردگی بالقوه‌می‌توانند‌عوارض‌جانبی‌متعددی‌داشته‌باشند اما‌باید‌در‌نظر‌داشت‌که‌اکثرا‌این‌مشکلات‌به‌ندرت پیش‌می‌آیند. باوجوداین، برخی‌ازعوارض‌این‌داروها به‌عنوان‌عوارض‌جانبی «بسیار‌معمول» (۱۰‌درصد‌از مصرف‌کنندگان‌آن‌ها‌را‌تجربه‌می‌کنند) و‌برخی‌دیگر

شماره ۱۱۲۷۷ مورخ ۱۴۰۴۶۳۰۱۰۲۱۰۰۹۳۳۱ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک فیروزکوه تصرفات مالکانه و بلامعارض مقتضی آقای/خانم حجت‌اله آهنگرسله بنی فرزند رحمان به ش.ش ۴۳۰۰۴۵۴۱۷ صادره از در قسمتی از شش‌دانگ یک قطعه زمین باغ به مساحت ۱۵۵۰ مترمربع مشاع از ۱۲۸۲۸/۳۵ مترمربع به شماره پلاک ۱۲۹۵ فرعی مفروز از ۶۶۰ فرعی از سنگ ۱۰۷ اصلی واقع در سله بن فیروزکوه خریداری از مالک رسمی آقای/خانم مبایعه نامه عادی مع الواسطه مالک رسمی آقای/خانم مبایعه نامه عادی مع الواسطه اقدام‌کننده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می‌شود تا چنانچه شخص ثالثی نسبت به صدور سند مالکیت متقاضیان اعتراضی داشته باشند می‌توانند از تاریخ انتشار اولین نوبت به مدت ده روز اعتراض خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.
تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۴/۸/۱۰ تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۴/۸/۲۵
م الف: ۲۷۰۲
رسول طاهری زاده
رئیس ثبت اسناد و املاک تایباد

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳ آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر‌رای صادره هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک بیدخوض به شماره ۲۲۴۸۱۰۳۹۶۳۵ نسبت به ششدانگ خریداری به صورت قولنامه عادی در ۲ قطعه زمین زراعی با کاربری زراعی به شرح ذیل محرز گردیده لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص ثالثی نسبت به صدور سند مالکیت متقاضیان اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی ظرف مدت ۱۰ روز اعتراض خود را به اداره ثبت اسناد و املاک بندرگز تسلیم و رسید دریافت نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.
۱- شش‌دانگ یک قطعه زمین زراعی با کاربری زراعی به مساحت ۱۸۳۱۹/۵۶ مترمربع به پلاک فرعی ۱۸۳۴ از ۶۹ اصلی بخش ۵ زنجان واقع در اغلبیک علیا برابر‌رای شماره ۱۴۰۴۶۰۳۲۷۰۰۴۰۰۰۷۹۶ مورخه ۱۴۰۴/۲/۲۰ تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۴/۸/۱۰ تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۴/۸/۲۵
۲- شش‌دانگ یک قطعه زمین زراعی با کاربری زراعی به مساحت ۴۵۰۶/۶۶ مترمربع به پلاک فرعی ۷۵۵ از ۶۹ اصلی بخش ۵ زنجان واقع در اغلبیک علیا برابر‌رای شماره ۱۴۰۴۶۰۳۲۷۰۰۴۰۰۰۸۰۰ مورخه ۱۴۰۴/۲/۲۰ تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۴/۸/۱۰ تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۴/۸/۲۵
علی غلامی
رئیس اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان ایجرود

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳ آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی
برابر‌رای صادره هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک بیدخوض به شماره ۱۴۰۴۶۰۳۱۰۰۰۱۰۵۲۰ مورخ ۱۴۰۴/۷/۱۶ هیات اول/دوم موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک شاهرود تصرفات مالکانه بلامعارض مقتضی آقای/خانم حسین علیمردان فرزند احمد به ش.ش ۲۳۰ در شش‌دانگ یکباب قطعه زمین مزروعی به مساحت ۲۱۲ مترمربع قسمتی از پلاک ۱۹۹ فرعی از ۱ اصلی واقع در باغزندان بخش ۰۲ شاهرود خریداری از احمد علیمردان محرز گردیده است.
برابر‌رای شماره ۱۴۰۴۶۰۳۲۹۰۱۰۰۱۱۰۴۸ مورخ ۱۴۰۴/۷/۱۶ هیات اول/دوم موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک شاهرود تصرفات م