



برگردان از: فلورا شادلویی*

همراه کردن شناخت درمانی و دارودرمانی^(۱)

نگرشی نو در درمان نگهدارنده افسردگی

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۹۳

چکیده

اغلب روانپزشکان روشهای درمانی بیولوژیک مانند درمان با داروهای ضد افسردگی را همراه با روشهای درمانی روانشناختی همچون روان درمانی برای بیماران مبتلا به افسردگی تجویز می‌کنند. در این مقاله، الگویی از همراه کردن داروهای ضد افسردگی، با شناخت درمانی بک^(۲) که نوعی روان درمانی کارآمد در افسردگی حاد به شمار می‌آید، معرفی شده است. بر اساس این الگوی درمانی، بیمار پس از یک دوره درمان دارویی موفق، یک دوره شناخت درمانی را تجربه می‌کند. مقایسه این شیوه درمانی با دیگر رویکردهای درمانی در این زمینه به پژوهشگران توصیه گردیده است. این بررسی توانایی این روش را در پیشگیری از عود مجدد افسردگی و تأثیرات مثبت آن بر دیگر جنبه‌های زندگی بیماران افسرده که پس از دارودرمانی بهبودی نسبی یافته‌اند، نشان می‌دهد.

۱- مؤلفین مقاله، جول ا. پاوا Joel A. Pava، ماوریزو فاوا Maurizio Fava، ژانت ا. لونسون Janet A. Levenson
Psychotherapy and psychosomatics, 1994; 61: 211-216
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران - خیابان طالقانی - نرسیده به خیابان شریعتی - کوچه جهان - پلاک ۱.
2-Beck

و غالباً نیز نشان داده‌اند که شناخت درمانی برتر از سایر روشهای روان درمانی است. راش^(۷) و همکاران تأثیر ایمی پرامین و شناخت درمانی را در بیماران افسرده سرپایی مبتلا به افسردگی متوسط مقایسه نمودند. مداخله درمانی بیش از ۲۰ جلسه و با هدف اصلاح نگرشهای نادرست ناشی از افسردگی صورت گرفت. هر دو روش درمانی در مورد کسانی که تحت درمان قرار گرفته، در جلسات درمانی و پیگیری مورد نظر شرکت کرده بودند، به یک اندازه مؤثر واقع شد. بیمارانی که با روش شناخت درمانی تحت درمان قرار گرفته بودند، افت کمتر ولی بهبودی سریع‌تری را در میزان افسردگی نشان دادند. در میان دیگر بررسیهای انجام شده، پژوهش مک‌لین^(۸) و هاگستین^(۹) (۱۹۷۹) به مقایسه روان درمانی شناختی، روان درمانی با گرایش روان پویایی، آرامسازی و ایمی پرامین، در درمان بیماران افسرده یک قطبی پرداخته است. ایشان دریافتند که شناخت درمانی در مقایسه با دارو درمانی کاهش بیشتر علائم افسردگی را به دنبال دارد و نیاز به دوره‌های درمانی کوتاه‌تری نسبت به سه گروه دیگر دارد (الکین^(۱۰) و همکاران، ۱۹۸۹). در یک بررسی پیرامون روشهای درمان افسردگی، هیچگونه تفاوت معنی‌داری بین چهار گروه بیماران تحت درمان دیده نشد.

عوامل زیستی و روانی هر دو در سبب شناسی، بروز و تداوم اختلال افسردگی مؤثر می‌باشند (کندلر^(۱) و همکاران، ۱۹۹۳). به این جهت روانپزشکان اغلب درمانهای دارویی مانند بکار بردن داروهای ضد افسردگی را همراه با درمانهای روانشناختی مانند روان درمانی، توصیه می‌کنند. در مورد کارآیی دراز مدت درمانهای ترکیبی اطلاعات بسیار کمی موجود است. همچنین در ارتباط با همراه نمودن دارو درمانی و روان درمانی و ارزیابی میزان اثربخشی هر یک از این روشها در شکل ترکیبی آنها، مطالب اندکی در دست است. در الگوی درمانی حاضر، درمان با ضدافسردگیها، با شناخت درمانی (روش کارآمد روان درمانی در درمان افسردگی حاد) همراه گردیده است.

بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه کارآیی شناخت درمانی در افسردگی

شناخت درمانی نگرشی سامانه‌ای^(۲) و مبتنی بر حل مسئله برای درمان افسردگی است که توسط بک و همکاران (۱۹۷۹) معرفی و گسترش یافت. هدف شناخت درمانی تغییر نگرش‌های افسردگی‌زا می‌باشد که توسط تکنیکهای شناختی و رفتاری صورت می‌گیرد. تکنیکهای ویژه شامل خود بازبینی، میزان نمای رفتاری^(۳)، مشخص نمودن و چالش^(۴) با افکار ناسازگار، روشن نمودن فرضیه‌ها و آزمون باورها بوسیله شیوه‌هایی که پایه عملی و منطقی دارند، می‌باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۵).

برخی پژوهشها به کارآیی شناخت درمانی در افسردگی پرداخته‌اند (جیو^(۵)، ۱۹۷۵ و تیلور^(۶)، ۱۹۷۷)

1-Kendler	2-systematic
3-scheduling	4-challenging
5-Gioe	6-Taylor
7-Rush	8-Mclean
9-Hakstian	10-Elkine

این بیماران با روشهای رفتار درمانی شناختی، روان درمانی بین فردی، استفاده از ایمی پرامین همراه با مراقبتهای بالینی و گروه دارو نما همراه با مراقبتهای بالینی، درمان می شدند. هولون^(۱) (۱۹۹۰)، در یک بررسی، چهار گروه از بیماران افسرده را بصورت طبیعی مورد پیگیری قرار داد. هدف او سنجش اثرات نگهدارنده شناخت درمانی بود وی متوجه شد که بیماران در پایان دوره شناخت درمانی، بهتر از گروهی که تنها تحت دارو درمانی قرار گرفته بودند، به درمان پاسخ داده اند. به طوریکه میزان عود اختلال در گروه شناخت درمانی ۲۶٪ و در دارودرمانی ۶۴٪ بوده است.

بررسیهای انجام شده در مورد ترکیب روشهای شناخت درمانی و دارو درمانی در افسردگی

مطالعات اندکی که کارآیی روش ترکیبی (شناخت درمانی و دارو درمانی) را مورد بررسی قرار داده اند، نتایج گوناگونی را گزارش نموده اند. بلک برن^(۲) و همکاران (۱۹۸۱) متوجه شدند که در یک گروه از بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط، مزمن و مقاوم به درمانهای قبلی، شناخت درمانی در مقایسه با دارو درمانی تا حدودی مؤثرتر بوده است. همچنین از نتایج بدست آمده از درمان بیماران افسرده در یک مرکز خدمات عمومی نتیجه گرفتند که شناخت درمانی به تنهایی و در ترکیب با دارو درمانی مؤثرتر از دارو درمانی به تنهایی است. مورفی^(۳) و همکاران (۱۹۸۴)، ۸۶ بیمار افسرده متوسط تا شدید سرپایی را به تصادف در چهار گروه شناخت درمانی، دارو درمانی، شناخت درمانی همراه با دارو و شناخت درمانی همراه با دارونمای فعال به مدت ۱۲ هفته تحت درمان قرار دادند. نتایج نشان داد، بیمارانی که درمان را تمام کردند علایم بهبودی بالینی معنی داری را نشان دادند و هیچگونه اختلافی بین چهار روش درمانی مشاهده نشد. بک و همکاران (۱۹۸۵)، ۳۳ بیمار سرپایی افسرده را به مدت ۱۲ هفته تحت درمان انفرادی با شناخت

درمانی به تنهایی یا شناخت درمانی همراه با مصرف آمی تریپ تیلین قرار دادند. در پایان، هر دو گروه تفاوت معنی داری را از نظر آماری و بالینی در جهت کاهش علایم افسردگی نسبت به پیش از زمان بررسی نشان دادند. البته ممکن است این تفاوت مربوط به استفاده بیشتر گروه ترکیبی از جلسات شناخت درمانی در طول دوره پیگیری باشد.

سیمونز^(۴) و همکاران (۱۹۸۶)، ۷۰ بیمار با افسردگی یک قطبی را در چهار گروه شناخت درمانی، دارو درمانی، شناخت درمانی همراه با دارونمای فعال و شناخت درمانی همراه با دارو درمانی به مدت ۱۲ هفته تحت درمان قرار دادند و آنها را در ماه اول، ششم و دوازدهم پس از پایان دوره درمان پیگیری نمودند. در طول یک سال پیگیری از ۲۸ بیماری که بهبودی بدست آمده را حفظ کرده بودند، آن دسته که شناخت درمانی شده بودند (با یا بدون مصرف دارو) در مقایسه با آنهایی که دارو درمانی شدند میزان عود کمتر اختلال را نشان دادند. اما ماهیت مقطعی ارزیابی و گردآوری اطلاعات بر اساس مشاهدات طبیعی، نتایجی را که می توان از این پژوهش استنباط کرد، محدود می کند.

هالون و همکاران (۱۹۹۲)، کارآیی شناخت درمانی و ایمی پرامین را به تنهایی و در ترکیب با هم در درمان بیش از ۱۰۷ بیمار سرپایی افسرده در طول ۱۲ هفته بررسی نمودند. در پایان دوره درمان، روشهای شناخت درمانی و دارو درمانی از نظر کاهش علایم افسردگی، بهبودی مشخصی بوجود نیاوردند. اما تفاوتی موجود غیر معنی دار به نفع گروه ترکیبی بود. اگر چه تأثیرات اضافی ترکیب روشهای شناختی و دارویی در بیماران افسرده حاد غیر معنی دار است، اضافه نمودن این روش درمانی به درمان جاری بیمار در دراز مدت ممکن است

- | | |
|----------|-------------|
| 1-Hollon | 2-Blackburn |
| 3-Murphy | 4-Simons |

شناخت درمانی به تنهایی و در

ترکیب با دارو درمانی مؤثرتر از

دارو درمانی به تنهایی است.

بر مشخص نمودن، روشن نمودن و تقویت تکالیف انجام شده تأکید می‌شود، به گونه‌ای که بیمار بعدها بتواند مداخلات درمانی مفید را تکرار کند. پنجم، به بیماران خاطر نشان می‌گردد که احتمال عود بیماری در آینده وجود دارد و ممکن است با تجربه مجدد نشانه‌های افسردگی آغاز گردد؛ اما می‌توان با اقدام به موقع از تبدیل این نشانه‌ها به عود کامل پیشگیری نمود و به این ترتیب یک برنامه پیشگیری را با همکاری بیمار و درمانگر طرح ریزی می‌کنند. ششم آنکه در شناخت درمانی بیماران پرسشنامه نشانه‌های افسردگی را بطور منظم تکمیل می‌کنند و اطلاعات عینی را در مورد وضعیت خود ارائه می‌دهند؛ به این ترتیب نشانه‌های افسردگی پیش از شدت یافتن به سادگی شناسایی می‌شوند و چنانچه این نشانه‌ها از جانب بیمار انکار شود و یا در تفسیر آن مبالغه گردد، سنجش نشانه‌های افسردگی واقعیت امر را روشن می‌کند. افزون بر آن در درمان دو بخش اصلی مربوط به مشکلات و علائم ویژه بیماری وجود دارد: ۱- شناسایی و تغییر فرضیات و باورهای نادرست ۲- تشخیص و تغییر شیوه‌ها و رفتارهای ناسازگار که بر مبنای نگرشها و پردازش نادرست اطلاعات عمل می‌کنند. فرض بر این است که هر دو جزء در پیشگیری از عود مجدد اختلال مؤثر هستند. به این ترتیب شناخت درمانی یک طرح درمانی ایده‌آل برای

مفید واقع شود. این نگرش موجب اشتیاق بیشتر درمانگران بالینی در استفاده از امکانات روان درمانی گردیده و سبب اهمیت دادن به اهداف درمان که همان کاهش نشانه‌ها، تقویت بهبودی و پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی است، می‌شود.

توجه به کاهش نشانه‌های باقیمانده در مشاهدات ایوانز^(۱) و راش (۱۹۸۴)، نشانگر این مطلب بود که بیماران حتی در دوره بهبود افسردگی، به شکل معنی‌دار نگرشهای نادرست خود را حفظ می‌کردند و از یک سبک اسناد منفی، پیروی می‌کنند. همچنین فرانک^(۲) و کاپفر^(۳) (۱۹۸۵) متوجه شدند، حتی در شرایطی که علائم افسردگی بهبود یافته‌اند، باز هم ضعف‌هایی در روابط اجتماعی، شغل و عملکرد بین فردی در این گروه از بیماران مشاهده می‌شود.

استفاده از شناخت درمانی به عنوان یک شیوه

پیشگیری

گرچه برای اظهار نظر قطعی در این رابطه نیاز به پژوهشهای بیشتری احساس می‌شود، اما برتری اولیه شناخت درمانی در مقایسه با سایر درمانها، بیشتر پیشگیری از بیماری است تا درمان سریع اختلال. شناخت درمانی به عنوان روشی که از عود مجدد و بازگشت بیماری پیشگیری می‌کند، دارای اهداف مشخصی است که توسط بک و همکاران (۱۹۷۹)، تشریح گردیده است. بر اساس دستورالعمل تنظیم شده، نخست به بیماران آموزش داده می‌شود که نگرشها و باورهای نادرست خود را که در بروز خلق افسرده آنها مؤثر است مورد دقت قرار داده و به آنها پاسخ گویند. دوم آنکه به بیماران آموزش داده می‌شود شرایطی را که در آنها این افکار بروز می‌کنند مشخص نمایند. سوم آنکه روی انجام دادن تمریناتی که در جهت کمک به خود است تأکید می‌شود. هدف نهایی این روش، آموزش بیماران در جهت "خود درمانگر شدن" است. چهارم آنکه در جلسات درمان

1-Evans

2-Frank

3-Kupfer

پیشگیری یا کاهش دوره‌های افسردگی است. دو جنبه دیگر شناخت درمانی، که آن را برای درمان ترکیبی به خوبی مناسب نموده است، انعطاف پذیری و درمان بر اساس همیاری است. بر پایه تجارب درمانی موجود در این زمینه، شناخت درمانی در گستره وسیعی از اختلالات روانی کاربرد موفق داشته است (بک و همکاران، ۱۹۸۵؛ هاوتون^(۱) و همکاران، ۱۹۸۹) و به عنوان درمان ایده‌آل برای مشکلات باقیمانده افسردگی مطرح می‌باشد.

همراه کردن شناخت درمانی با داروهای ضد افسردگی: یک رویکرد نو

همانند راش و هولون (۱۹۹۱)، بسیاری نیز پیشنهاد نموده‌اند که نخست باید بیماران شدیداً افسرده را تحت دارو درمانی قرار داد و پس از کاهش نشانه‌های افسردگی و آمادگی بیمار جهت مداخلات کلامی، روان درمانی را اضافه نمود. تیز^(۲) (۱۹۹۱)، معتقد است که این شیوه درمانی روش خوبی برای کاهش علائم باقیمانده بوده و تقویت کننده درمان است. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که بیماران پس از بهبودی از یک دوره افسردگی اساسی، با تحرک و تمرکز بیشتری در جهت حل مشکلات حرکت نموده و علاقمندی خود را برای ادامه درمانهای روانشناختی به منظور حفظ موقعیتهای شغلی و ارتباطات اجتماعی خویش ابراز می‌کنند. بنابراین، نگرش جدیدی مبتنی بر ترکیب دارودرمانی با شناخت درمانی، در درمان افسردگی پیشنهاد گردیده است. به این ترتیب شناخت درمانی به عنوان بخشی از برنامه درمان همراه با مصرف دارو، برای حفظ و تداوم دستاوردهای درمانی، باقی خواهد ماند. اهداف اولیه شناخت درمانی می‌تواند شامل:

- ۱- کاهش نشانه‌های باقیمانده ۲- تأکید بر روشهای پیشگیری ۳- ایجاد تغییرات مثبت در زندگی بیماران بهبود یافته شود. هدف از اضافه نمودن این درمان حمایت از بیمار در برابر عود مجدد اختلال است که با درمان دارویی به تنهایی بدست نمی‌آید.

مزیت دیگر استفاده از شناخت درمانی به دنبال درمان دارویی این است که اثرات مثبت آنها را بهتر می‌توان جدا نموده، مورد بررسی قرار داد، در صورتیکه اگر هر دو درمان توأمأ در شرایط حاد بیماری بکار گرفته شود، بسیار مشکل است که سهم هر یک از آنها را در بهبود اختلال مشخص کرد. با اضافه نمودن درمان شناختی می‌توان پیشرفت نسبی درمان را به سادگی به بیمار نشان داد. تعداد جلسات شناخت درمانی رابطه مستقیم با درجه مزمن بودن بیماری دارد. برای بیماران افسرده غیر مزمن و بدون دوره‌های عود، یک درمان استاندارد (۲۰ جلسه در طی ۱۶ هفته) کفایت می‌کند. برای بیشتر بیماران مزمن، افسردگیهای دوره‌ای و نیز آنهایی که درجات بالاتری از علائم باقیمانده را دارند، دوره‌های درمانی بلند مدت مناسب‌تر است. مزمن بودن بیماری و نتایج ضعیف بهبودی در دوره افسردگی این بیماران نشان می‌دهد که شناخت درمانی کوتاه مدت به منظور برخورد با نگرشها و الگوهای رفتاری نادرست و دیرپای این بیماران ناکافی است (تیز و همکاران، ۱۹۹۲).

بحث و نتیجه گیری

بکارگیری شناخت درمانی پس از بهبودی افسردگی، همراه با درمان دارویی، ممکن است مشکلات ویژه‌ای برای شناخت درمانگران ایجاد کند. انگیزه بیمار که تحت تأثیر شدت ناراحتیهای باقیمانده بیمار است، برای شروع درمان دارای اهمیت است. در مورد بیمارانی که مشکلات نسبتاً کمی دارند، درمانگر باید کوشش بیشتری در جهت آموزش آنها برای تشخیص الگوهای ناسازگار بنماید؛ تا به این ترتیب حساسیت آنها را در مقابل عود اختلال افزایش دهد. بر پایه تجارب درمانی با بیشتر بیماران آنها مشکلات باقیمانده خود را به شکلی مطرح می‌کنند که انگیزش کافی را جهت ادامه درمان در

1-Hawton

2-Phase

آنها ایجاد می‌کند.

مشکل دیگری که در شروع درمان، پس از یک دوره افسردگی اساسی به چشم می‌خورد، وجود نگرشهای ناسالم و منفی است. افکار منفی خودکار یعنی داده‌های خامی که اقدامات درمانی بر پایه آنها طرح ریزی می‌شوند، ممکن است کمتر فعال گردند به این ترتیب برای بیمار و درمانگر گزارش آن مشکل باشد؛ در نتیجه درمانگران این افکار را با استفاده از تجربیاتی که در جلسات درمانی با بیمار داشته‌اند و یا بهره‌گیری از روشهای خیالی به منظور

فعال کردن افکار اتوماتیک در طی جلسات بدست آورده مورد توجه قرار می‌دهند.

یکی از انتقادات وارده به این شیوه درمانی استفاده آن در ادامه درمان به جای استفاده از آن در مرحله حاد افسردگی است. بنابراین اگر کارآیی شناخت درمانی از نظر حفظ دستاوردهای درمانی، مورد نظر باشد، مطالعات آینده می‌تواند این امر را در درمان بیماران افسرده در مرحله حاد بیماری مورد بررسی قرار دهد.

منابع

- Beck, A.T, Rush, A.J, Shaw, B.F, & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford press.
- Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Hollon, S., Young, J., Bedrosian, R. & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archive General Psychiatry*, 42, 142 - 148.
- Blackburn, I., Bishop, S., Glen, A. Whalley, L. & MChristie, J. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Elkin, I., Shea, M., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., Glass, D., Pilkonis, P., Leber, W., Kocherty, J., Fiester, S., Parloff, M. & National Institute of Mental Health (1989). Treatment of Depression. Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archive General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Eaves, G., Rush, A. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remittent unipolar major depression. *Journal Abnormal psychology*. 93, 31-40.
- Frank, E., Kupfer, D. (1985). Maintenance treatment of recurrent unipolar depression: Pharmacology and psychotherapy. *Advances in Biochemical Psychopharmacology*. 40, 139-151.
- Gioe, V. (1975). *Cognitive modification and positive group experience as treatment for depression*; doctoral dissertation Temple University, Philadelphia dissertation abstracts, 36, pp. 3039-3040.

- Hollon, S. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *psychiatric Annals*, 20, 249-258.
- Hollon, S., Derubeis, R., Evans, M., Wiemer, M., Garve, M., Grove, W., Tuason, V. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archive General Psychiatry* 49, 774-781.
- Kendler, K., Kessler, R., Neale, M., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148.
- Klerman G., (eds.). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Mclean, P., Hakstian, A., (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 47, 818-836
- Murphy, G., Simons, A., Watzel, R., Lustman, P. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy singly and together in the treatment of depression. *Archive General Psychiatry*. 41, 33-41.
- Rush, A., Hollon, S. (1991). *Depression, in Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Beitman B., Simons, A., Murphy, G., Lcvinc, J., Watzel, R., (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archive General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Taylor, F., Marshall, W. (1977). Experimental analyses of a cognitive behavioural therapy for depression. *Cognitive Therapy & Research*, 1, 17-37.
- Thase, M., Simons, A., McGeary, J., Cahalane, J., Hughes, C., Harden, T. & Friedman, E. (1992). Relapse following cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer-term forms of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052



هر کس اسرار دیگران را فاش سازد رازهای خانواده او نیز آشکار می‌گردد.

حضرت امام صادق (ع)