

**درمان شناختی- رفتاری افسردگی کودکان و نوجوانان**

**راهنمای پیشگیری از عود**

## فهرست

۹	مقدمه مترجمان
۱۱	درباره نویسندگان
۱۳	تقدیر و تشکر
۱۵	فصل ۱: مقدمه
۲۵	فصل ۲: مرور اجمالی و منطق برنامه
۳۵	فصل ۳: ارزیابی مراجعان و برنامه‌ریزی درمان
۴۲	فصل ۴: نحوه استفاده از راهنمای درمان
۴۹	فصل ۵: جلسه ۱: درمان شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود
۷۵	فصل ۶: جلسه ۲: مهارت‌های مقابله رفتاری و هیجان ابرازشده خانواده
۱۰۳	فصل ۷: جلسه ۳: بازسازی شناختی و تعیین افکار بی‌فایده
۱۲۵	فصل ۸: جلسه ۴: حل مسئله
۱۳۶	فصل ۹: جلسه ۵: شناسایی مهارت‌هایی برای حفظ سلامت و تنظیم برنامه سلامت
۱۵۳	فصل ۱۰: جلسات ۶ و ۷: تمرین و استفاده از مهارت‌های اصلی
۱۵۸	فصل ۱۱: جلسه ۸: برنامه پیشگیری از عود و سلامت
۱۶۹	فصل ۱۲: جلسه نهایی و جلسات تقویتی
۱۷۳	فصل ۱۳: جهت‌گیری‌های آینده
۱۷۵	ضمیمه: محتوای تکمیلی
۲۲۷	کاربرگ‌هایی برای والدین
۲۴۹	منابع
۲۶۱	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۳	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

## مقدمه مترجمان

هر والدی که فرزندش دچار افسردگی شده یا هر درمانگری که با این اختلال آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان مواجه گشته باشد می‌داند که مشاهده فردی کم سن و سال که با چنین مشکل بزرگی دست و پنجه نرم می‌کند بسیار دشوار است. درمان اختلالات خلقی در سنین کودکی و نوجوانی علاوه بر دانش نظری و مهارت‌های بالینی که به طور طبیعی هر درمانگر حاذقی نیازمند آن است، مستلزم آگاهی از فنون و راهکارهای ویژه‌ای جهت انطباق دادن مفاهیم درمانی با این گروه سنی خاص نیز است.

کتاب حاضر به عنوان راهنمایی علمی و عملی جهت کمک به کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی از چند جهت با ارزش و مثمرتر است. اول آن که تمام مطالبی که در فصول مختلف و در رابطه با فنون متفاوت آورده شده‌اند مبتنی بر پژوهش‌های علمی و کارآزمایی‌های بالینی هستند. دوم، فنون درمانی متنوعی به شیوه‌ای کاربردی و دقیق مطرح شده‌اند. سوم، استفاده از کاربرگ‌ها و مثال‌های عملی در این کتاب، درک روند درمان را برای والدین و درمانگر بسیار ساده می‌سازد. چهارم این که راهکارها و فنونی که در بخش مطالب تکمیلی ارائه شده‌اند علاوه بر درمان اختلال افسردگی جهت کمک به بسیاری از مراجعان و نیز کودکان سالمی که تنها در حیطه‌هایی خاص دچار مشکل هستند مفید و کاربردی است. آموزش مفاهیمی مانند جرئت‌مندی، حل مسئله، دوست‌یابی و... به هر کودکی، اثراتی مثبت و پیشگیری‌کننده دارد. در نهایت مفاهیم این کتاب به درمان اختلال و رفع علائم، محدود نشده بلکه گامی فراتر نهاده و ارتقاء بهزیستی کودک و نوجوان را نیز در نظر گرفته‌است.

متن اصلی کتاب، تخصصی و کاملاً علمی می‌باشد و مخاطب اصلی آن متخصصانی است که در حیطه روان درمانی کودک و نوجوان فعالیت دارند. مترجمان کوشیده‌اند که ضمن استفاده از معادل‌های علمی مناسب و انتقال دقیق مفاهیم، متنی یکدست و روان را فراهم آورند. امید است اشکالات موجود را بر ما ببخشاید.

در پایان از مسئولان محترم انتشارات ارجمند به ویژه مدیر مسئول گرانقدر، جناب آقای دکتر ارجمند، جهت همکاری در چاپ این کتاب بسیار سپاسگزاریم. امید است ترجمه حاضر گامی هر چند کوچک جهت کمک به درمان آلام و رنج‌های کودکان و نوجوانان کشورمان باشد.

**مترجمان**

## درباره نویسندگان

بتسی کنارد PSYD, ABPP، روانشناس بالینی، استاد روان‌پزشکی و سرپرست درمان شناختی رفتاری (درمان شناختی رفتاری) در برنامه پژوهشی روان‌پزشکی کودکان در مرکز پزشکی دانشگاه تگزاس در دالاس و سیستم بهداشتی کودکان تگزاس است. او هم‌چنین با سمت سرپرست برنامه دکترای روانشناسی بالینی در دانشگاه تگزاس جنوب غربی و سرپرست بالینی پیشگیری از خودکشی و برنامه تاب‌آوری در سلامت کودکان مشغول به کار است. دکتر کنارد دستیار پژوهشی سه مطالعه در زمینه درمان افسردگی و خودکشی نوجوانان بوده که بودجه آن‌ها توسط انستیتو ملی سلامت روان (NIMH) تأمین شده است. وی دستورالعمل‌های درمان شناختی رفتاری را برای این مطالعات تألیف کرده است. او این راهکار درمانی مبتنی بر اصول درمان شناختی رفتاری را به منظور پیشگیری از عود افسردگی کودکان تهیه کرد و در حال حاضر پژوهشگر اصلی NIMH به منظور درمان خودکشی نوجوانان است.

**دکتر جنیفر هاگز**، روان‌شناس بالینی در زمینه سلامت کودکان و استادیار روان‌پزشکی دانشگاه تگزاس است. او به منظور بررسی یک مداخله طراحی شده برای پیشگیری از اقدام به خودکشی کودکان، از موسسه آمریکایی پیشگیری از خودکشی کمک مالی دریافت کرده است و با سمت درمانگر و دستیار پژوهشگر در چند مطالعه مرتبط با کودکان و نوجوانان افسرده یا افرادی که مرتکب خودزنی شده‌اند، فعالیت داشته است. در کل، پژوهش‌های دکتر هاگز به کارایی و اثربخشی رویکردهای روان‌شناختی برای پیشگیری و درمان افسردگی و خودکشی در کودکان و ارائه‌ی درمان‌های مبتنی بر شواهد در جامعه می‌پردازند.

**دکتر الکساندرا فاکسول**، روان‌شناس بالینی در خدمات مشاوره و سلامت دانش‌آموزان و استادیار روان‌پزشکی دانشگاه تگزاس است. او با سمت درمانگر و دستیار پژوهشی در چند مطالعه مرتبط با خودکشی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده همکاری داشته است. علایق بالینی دکتر فاکسول، استفاده از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی کودکان و نوجوانان است. هم‌چنین او درمان شناختی رفتاری افسردگی را به دانشجویان و کارورها آموزش می‌دهد و بر کار آن‌ها نظارت می‌کند.

## تقدیر و تشکر

ابتدا می‌خواهیم از کودکان و خانواده‌هایی تشکر کنیم که در مطالعات پیشگیری از عود افسردگی با رویکرد شناختی رفتاری شرکت کردند. بدون زمان، وقت، انرژی، تلاش و توان آن‌ها انجام این کار میسر نمی‌شد. فعالیت مشترک ما با این افراد، الهام‌بخش بسیاری از مثال‌های این کتاب بود. به‌علاوه، ما از موسسه ملی سلامت روان (NIMH) قدردانی می‌کنیم که بودجه لازم برای این آزمایش‌های بالینی را فراهم نمود.

علاقه‌مندیم از بتسی کنارد، سونیتا استوارت، جنیفر هاگز، چوجا پاتل، آوری هواینگ و جسیکا جونز که اعضا اصلی گروه «پیشگیری از عود افسردگی با رویکرد شناختی رفتاری» هستند تشکر کنیم، این افراد در شکل‌گیری مداخله اولیه کمک‌های شایانی کرده‌اند. هم‌چنین ما تمایل داریم از گراهام امسلی قدردانی نماییم که دستیار اصلی پژوهشگر مطالعات در زمینه پیشگیری از عود بود. با توجه به تجربه او در بررسی و نگارش درمان‌های مرحله «ادامه» در حیطه افسردگی کودکان، همراهی‌اش در این کار برای ما بسیار ارزشمند بود.

ما هم‌چنین قدردان بسیاری از درمانگران، پژوهشگران، همکاران پژوهشی و دانشجویان فارغ‌التحصیلی هستیم که در موفقیت این کار سهم بودند: تارین مایز، جین نایتینگل - ترسی، کارول هاگز، رونگ رونگ تائو، کریستی باکر، میکا اسمیت، شارلوت هالی، کیت کنارد، جسیکا کینگ، آلیسا پارکر، آشلی ملسن، کریستل جوینر، کریستین ولف، جارت موور، هالی فورنیر، هیتز لیندبرگ، جین ریتلمن، لارن اسمیت، آنی والی، شائنا بانز و تاباتا هینز.

هم‌چنین از دکتر کوین استارک و دانشجویان تحصیلات تکمیلی او کیم پولینگ، جان کری و گریک کلارک برای مرور دستورالعمل و پیشنهادها مفیدشان سپاسگزاریم. به‌علاوه، ما از افرادی که در زمینه پژوهش، ما را یاری کردند قدردانی می‌نماییم: دیوید برنت، جان راش، گریک کلارک، مایکل فریچ، روبین ژارت و کوین استارک.

در پایان می‌خواهیم از مؤلفان چند پژوهش مهم که در شکل‌گیری RP-CBT نقش داشته‌اند قدردانی کنیم. کارهای علمی این افراد در زمینه مراقبت از کودکان افسرده اثر مهمی بر تحقیقات ما داشته است.

1. *Treating depressed youth: Therapist manual for "ACTION"*. (2007b). K.D.Stark, S. Schnobelen, J. Simpson, J. Hargrave, J. Molnar, and R. Glen.
2. *Cognitive behavior therapy manual for TADS* (2000). J.Curry, K. Wells, D. Brent, G. Clarke, P. Rohde, A. M. Albano, M. Reinecke, N. Benazon, and J. March, with contributions by G. Ginsburg, A. Simons, B. D. Kennard, R. LaGrone, M. Sweeney, N. Feeny, and J. Kolker.
3. *Cognitive behavior therapy manual for TORDIA* (2000). D. Brent, M. Bridge, and C. Bonner.
4. *Cognitive therapy treatment manual for depressed and suicidal youth* (1997). D. Brent and K. Poling.
5. *Contribution therapy for major depressive disorder* (2001). R. B. Jarrett.
6. *Cognitive behavior therapy for suicidal prevention (CBT – SP) teen manual, version 3* (2006). D. A. Brent, G. Brown, J. F. Curry, T. Goldstein, J. L. Hughes, B. D. Kennard, K. Poling, M. Schollossberg, B. Stanley, K. C. Wells, and the TASA CBT Team.
7. *The SAFETY Program: Ecological cognitive-behavioral intervention for adolescent suicide attempters* (2015). J. R. Asarnow, M. Berk, J.L. Hughes, and N. L. Anderson.
8. *Stress and your mood: Teen and young adult workbook* (1999). J. Asarnow, L. Jaycox, G. Clarke, P. Lewinsohn, H. Hops, P. Rohde.
9. *Stress and your mood: A manual for individuals* (2010). J. Asarnow, L. Jaycox, G. Clarke, P. Lewinsohn, H. Hops, P. Rohde, and M.Rea.

برای اطلاعات بیشتر در رابطه با RP- CBT، خوانندگان می‌توانند به پژوهش‌های کنارد، امسلی و همکاران (۲۰۰۸a)؛ کنارد، استوارت و همکاران (۲۰۰۸b)؛ و کنارد و همکاران (۲۰۱۴) مراجعه کنند.

# فصل ۱

## مقدمه

### افسردگی عمده کودکان و نوجوانان

بر اساس آمارهای به‌دست‌آمده، ۲ درصد کودکان و ۶ درصد نوجوانان از افسردگی رنج می‌برند و میزان بروز در طول عمر بین سنین ۱۷-۳ سالگی ۴ درصد برآورد شده است (پرو و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷). آمارهای موجود این اختلال را به نگرانی عمده‌ای در حوزه سلامت عمومی تبدیل کرده است. شیوع طول عمر افسردگی عمده در کودکان، مشابه جمعیت بزرگسالان، ۲۰ درصد تخمین زده شده است (بیرماهر، آربلاز و برنت، ۲۰۰۲). به‌علاوه، اختلالات افسرده‌ساز یک علت عمده بیماری و مرگ و میر در گروه سنی کودکان هستند (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷). افسردگی موجب افت عملکرد در حوزه‌های مختلف زندگی فرد می‌شود، به‌علاوه هرچه شدت این اختلال بیشتر باشد، افت عملکرد بیمار شدیدتر خواهد بود (ویتیلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۴). در بیماران مبتلا به این اختلال، نقص کارکردی در روابط، مدرسه، محل کار و درگیری مکرر با سیستم قانونی گزارش شده است (آنگولد و همکاران، ۱۹۹۸؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷؛ کندل و داویس، ۱۹۸۶؛ کواک و همکاران، ۱۹۸۴a؛ رُد، لوینسون، و سیلی، ۱۹۹۴). هم‌چنین نوجوانان مبتلا به افسردگی در معرض خطر فزاینده سوء‌مصرف مواد، اقدام به خودکشی، خودکشی موفق و افسردگی راجعه<sup>۱</sup> در دوران بزرگسالی هستند (برنت و همکاران، ۱۹۸۸، ۱۹۹۳؛ بریج، گلدشتاین، و برنت، ۲۰۰۶؛ کاستلو و همکاران، ۲۰۰۲؛ هارینگتن، فُج، راتر، پیکلز و هیل، ۱۹۹۰؛ کواکس و همکاران، ۱۹۸۴b؛ لوینسون، هُپس، رابرتز، سیلی و آندریو، ۱۹۹۳؛ نیکر، گلامبُس، زنگ، سنتیلسون و کُلمن ۲۰۱۳؛ رَأ و همکاران، ۱۹۹۵؛ شافر و همکاران، ۱۹۹۶).

### سیر بیماری

علی‌رغم پیشرفت در درمان اولیه افسردگی کودکان، نرخ بهبودی پایین بوده است (منظور نبود علائم اختلال هست؛ در زیر/ذیل تعریف کلمات را ببینید). در مطالعات مرتبط با افسردگی نوجوانان، حتی با

وجود جامع‌ترین شیوه درمانی (ترکیب فلوکستین با درمان شناختی رفتاری)، تنها ۳۷ درصد از نوجوانان افسرده پس از ۱۲ هفته بهبود یافتند (TADS؛ گروه TADS، ۲۰۰۴). به علاوه، علائم باقی‌مانده پس از درمان حاد شایع هستند. مثلاً در TADS (۲۰۰۴)، ۵۰٪ افرادی که به درمان حاد پاسخ مثبت داده بودند حداقل یک علامت باقی‌مانده پس از اتمام جلسات داشتند (کنارد و همکاران، ۲۰۰۶). تائو، مایز، هاگز، رینتلمن و امسلی (۲۰۰۵) علائم باقی‌مانده را در پاسخ‌دهندگان به درمان فلوکستین ارزیابی کردند و پی بردند حتی کودکانی که علائم خیلی کمی دارند و در حال بهبود در نظر گرفته می‌شدند، باز هم علائم باقی‌مانده داشتند (تائو و همکاران، ۲۰۰۵). این علائم در بزرگسالان اغلب با عود و بازگشت مجدد اختلال ارتباط دارد (فاوا، فابری و سُنینو، ۲۰۰۲؛ کارپ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مُتنگومری، دوگان و برنسايد، ۱۹۹۱) و به نظر می‌رسد که این موضوع در مورد کودکان هم صدق می‌کند (امسلی و همکاران، ۲۰۰۸).

مانند دوران بزرگسالی، سیر بیماری در افسردگی کودکی نیز ممکن است مزمن شود اگرچه بیش از ۹۰ درصد کودکان طی حدود ۱ الی ۲ سال بهبود خواهند یافت (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۲؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۷b؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ استرابر، لامپرت، اسمیت-لاکتر و مُرل، ۱۹۹۳)، نرخ عود و برگشت قابل توجه است (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۲؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۸؛ لوینسون، آلن، سیلی و گتلیب، ۱۹۹۹؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۳۳؛ رآ و همکاران، ۱۹۹۵). حتی آن دسته از کودکانی که درمان را ادامه می‌دهند نیز در صورتی که تنها دارو مصرف کنند با ۴۰ درصد عود مواجه هستند (امسلی و همکاران، ۲۰۰۸). بیشتر شواهد نشان می‌دهد که وقتی فردی در دوران کودکی، یک دوره افسردگی را تجربه کند، در معرض بروز دوره بعدی قرار می‌گیرد (انجمن ملی سلامت روان، ۲۰۰۴). در میان مبتلایان به اختلال افسردگی عمده حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد افراد قبل از بلوغ درگیر دوره‌های مکرر افسردگی هستند و ۳۰ درصد از دوران کودکی خود را با تجربه یک دوره از این اختلال سپری می‌نمایند (امسلی و همکاران، ۱۹۹۷b؛ کوکس و همکاران، ۱۹۸۴b؛ کوکس، آکیسکال، گاتسونیس و پارون، ۱۹۹۴؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ رآ و همکاران، ۱۹۹۵). بازگشت اغلب طی ۶ ماه تا ۱ سال پس از بهبودی رخ می‌دهد (امسلی و همکاران، ۱۹۹۸؛ وُستانیس، فیهان، گراتان و بیکرتُن، ۱۹۹۶؛ وُود، هارینگتن و موور، ۱۹۹۶). این سال‌های زندگی کودک با ناتوانی، هزینه اقتصادی ناشی از بیماری (هابی، تنگ، لیتلفیلد، کارتر و وُس، ۲۰۰۴)، استفاده فزاینده از خدمات بهداشتی، افت عملکرد و هزینه کردن ده‌ها میلیون دلار در طول عمر همراه خواهد بود (استرْم و ولز، ۱۹۹۵). ترکیب درمان شناختی رفتاری و داروی ضدافسردگی در اغلب اوقات کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت را نشان داده است (دُمینوو و همکاران، ۲۰۰۹).



## تعریف کلمات

- پاسخ: کاهش عمده علائم افسردگی عمده به مدت حداقل ۲ هفته. در کارآزمایی‌های بالینی، پاسخ با استفاده از ابزار بهبود کلی بالینی (CGI<sup>۱</sup>) یا بر اساس تغییر در شدت علائم افسردگی (مثلاً ۵۰٪ کاهش علائم) تعریف می‌شود.
- کاهش علائم<sup>۲</sup>: بروز حداقل علائم یا نبود علائم افسردگی، اغلب در کارآزمایی‌های بالینی با استفاده از نقطه برش مقیاس درجه‌بندی افسردگی بالینی تعریف می‌شود (برای مثال نمرات کمتر یا مساوی ۲۸ در مقیاس درجه‌بندی افسردگی کودکان - نسخه تجدیدنظر شده<sup>۳</sup> {CDRS}).
- علائم باقی‌مانده: علائمی که پس از پاسخ به درمان حاد باقی می‌مانند.
- بهبود<sup>۴</sup>: بروز حداقل علائم یا نبود علائم افسردگی در مدت زمان کافی که باعث می‌شود بیمار دیگر مبتلا به اختلال افسردگی در نظر گرفته نشود.
- وخامت بالینی<sup>۵</sup>: بدتر شدن قابل توجه که به منظور جلوگیری از عود کامل بیماری، درمان باید تعدیل شود (راش و همکاران، ۱۹۹۸).
- عود<sup>۶</sup>: برگشت به علائم دوره شاخص (که بر اساس کسب نمره کمتر از ۴۰ طی ۲ هفته در CDRS یا وخامت بالینی وضعیت فرد تعریف می‌شود).
- برگشت<sup>۷</sup>: دوره جدید افسردگی پس از بهبود از دوره قبل.

## آیا می‌توانیم کاهش علائم و عود را در کودکان پیش‌بینی کنیم؟

آگاهی از عواملی که با سیر بیماری و نتیجه درمان ارتباط دارند حائز اهمیت هستند. اگرچه اطلاعات متناقضی در این زمینه وجود دارند که نشان می‌دهند متغیرهای جمعیت شناختی بر نتیجه درمان اثر می‌گذارند اما عوامل بیماری، پیش‌بینی‌کننده سیر و نتیجه درمان هستند. عواملی همچون شدت بیماری، اختلالات همبود، افسردگی راجعه و بی‌خوابی پیش‌بینی‌کننده نتیجه ضعیف‌تر هستند (امسلی، مایز، لاپتوک و بات، ۲۰۰۳؛ امسلی و همکاران، ۲۰۱۲). هم‌چنین متغیرهای روانی اجتماعی (مثل آسیب‌شناسی روانی والدین، ناسازگاری خانواده و عوامل استرس‌زا) و سابقه آسیب می‌تواند نتایج ضعیف‌تر را پیش‌بینی کنند (امسلی و همکاران، ۲۰۰۳؛ کافمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ نمرف و همکاران، ۲۰۰۳).

1- Clinical Global Improvement  
 2- Remission  
 3- Children's Depression Rating Scale- Revised  
 4- Recovery  
 5- Clinical Deterioration  
 6- Relapse  
 7- Recurrence

مطالعات کمی پیش‌بینی‌کننده‌های عود و بازگشت را مورد بررسی قرار داده‌اند. اگرچه پیش‌بینی‌کننده‌های بالقوه عبارت‌اند از اختلالات همبود (مثل اضطراب و اختلالات رفتاری، افسرده‌خویی)، شدت بیماری، افسردگی راجعه، سن وقوع بیماری، خودکشی، علائم باقی‌مانده، کارکرد ضعیف، بی‌خوابی، وجود عوامل استرس‌زا روانی اجتماعی، سابقه روان‌پزشکی خانواده و ناسازگاری خانوادگی (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۶a، ۱۹۹۶b، ۲۰۰۰؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۷b، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱؛ کلاین، لوینسون، سیلی و رُد، ۲۰۰۱؛ کواکس و همکاران، ۱۹۸۴a؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ رأ، هامن و دالی، ۱۹۹۹؛ ویسمن و همکاران، ۱۹۹۹a، ۱۹۹۹b). متغیرهای شناختی (مثل ناامیدی و نشخوار ذهنی) ممکن است به‌صورت مضر بر پاسخ درمانی اثر بگذارند و با افسردگی راجعه ارتباط داشته باشند. چند بررسی نشان داده است که شناخت‌های منفی با افسردگی ارتباط دارند و ممکن است با بهبود علائم، کاهش یابند (آسارنو و بتز، ۱۹۸۸؛ گتلیب، لوینسون، سیلی، رُد و ردنر، ۱۹۹۳؛ مک کالی، میشل، برک و مُس، ۱۹۸۸؛ تمس، استوارت، اسکینر، هاگز و امسلی، ۱۹۹۳). به‌علاوه، تفکر ناکارآمد یک پیش‌بینی‌کننده قوی افسردگی راجعه است (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۹) و ممکن است تحریفات شناختی مداوم پس از درمان، پیش‌بینی‌کننده زمان کوتاه‌تر عود باشد (بیورز، کیتنر، ریان و میلر، ۲۰۰۳).

## تعاریف مراحل درمان

درمان اختلال افسردگی عمده را می‌توان به ۳ مرحله تقسیم کرد. مرحله حاد درمان<sup>۱</sup> برای کسب پاسخ درمانی (کاهش عمده در علائم افسردگی) و نهایتاً کاهش علائم (حداقل علائم یا نبود علائم) طراحی می‌شود. در کارآزمایی‌های بالینی، مرحله حاد بین ۶ تا ۱۲ هفته است (امسلی و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۸؛ کنار و همکاران، گروه TADS، ۲۰۰۴). به دنبال درمان حاد، مرحله ادامه درمان<sup>۲</sup>، علائم باقی‌مانده را جهت تحکیم پاسخ و تمرکز بر پیشگیری از عود (این دوره، افسردگی پس از بهبودی نام دارد) مورد هدف قرار می‌دهد. مرحله نگهداری<sup>۳</sup>، درمانی طولانی‌مدت برای پیشگیری از دوره‌های جدید، یا بازگشت افسردگی در بیماران است که اختلال اساسی آن‌ها بهبودیافته است.

### درمان‌های مرحله حاد

#### داروی ضدافسردگی

دارودرمانی در مرحله حاد اختلال افسردگی عمده کودکان و نوجوانان مؤثر است (امسلی و همکاران،

1- Acute - Phase  
2- Continuation Phase  
3- Maintenance Phase

۱۹۹۷a، ۲۰۰۲؛ گروه TADS، ۲۰۰۴). از زمان گسترش مصرف فلوکستین در سال ۱۹۸۸، بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سرتونین (SSRIs) و سایر ضدافسردگی‌های جدیدتر به‌طور فزاینده‌ای برای درمان اختلال افسردگی عمده کودکان مورد استفاده قرار گرفته‌اند (چئونگ، امسلی و مایز، ۲۰۰۵). سایر SSRI ها، از جمله سیتالوپرام، پاروکستین و سرتالین، همچنین اثرات مثبتی را بر بعضی علائم بیماری نشان داده‌اند (کلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ واگنر و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴) اما فقط فلوکستین توسط اداره غذا و داروی آمریکا<sup>۱</sup> (FDA) برای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان و سیتالوپرام برای درمان افسردگی نوجوانان تأیید شده است (اداره غذا و دارو، ۲۰۱۴).

### نتایج امیدبخش: درمان شناختی رفتاری مرحله - حاد افسردگی کودکان

مرور ادبیات پژوهشی در حوزه درمان حاد نشان داده است که اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری در مراجعان کودکان و نوجوانان بیش از سایر مداخلات روانی اجتماعی یا گروه‌های لیست انتظار است (کمپتن و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلاین، جاکویز و رینک، ۲۰۰۷؛ ویز، مک‌کارتی و والری، ۲۰۰۶). درمان شناختی رفتاری، درمان منطقی مناسبی برای مرحله «ادامه درمان» است، درحالی‌که سایر درمان‌های روانی اجتماعی که به لحاظ تجربی مورد بررسی قرار گرفته‌اند (مثل درمان میان فردی، خانواده‌درمانی رفتاری نظام‌مند<sup>۲</sup> و درمان حمایتی) به خوبی مطالعه نشده‌اند. جهت مرور کارآزمایی‌های درمان شناختی رفتاری در مرحله حاد درمان به جدول ۱-۱ نگاه کنید.

### درمان ترکیبی

TADS نام پروژه پژوهشی است که در چند مرکز انجام شد و بودجه آن توسط موسسه ملی سلامت روان (NIMH) تأمین گردید. در این آزمایش، اثرات فلوکستین، درمان شناختی رفتاری، ترکیب فلوکستین با درمان شناختی رفتاری و دارونما بر ۴۳۹ نوجوان (۱۸-۱۲ ساله) مقایسه گردید. پاسخ حاد بر اساس CGI («خیلی زیاد» یا «زیاد» بهبودیافته) به ترتیب برای درمان ترکیبی (۷۱ درصد)، فلوکستین به تنهایی (۶۱ درصد)، درمان شناختی رفتاری (۴۳ درصد) و دارونما (۳۵ درصد) گزارش شد. هر ۲ روش ترکیبی و فلوکستین به تنهایی مؤثرتر از دارونما بودند اما در مورد درمان شناختی رفتاری این‌گونه نبود (گروه TADS، ۲۰۰۴). درحالی‌که بر اساس نتایج TADS درمان ترکیبی نسبت به دارودرمانی به تنهایی اثرات بهتری دارد، مطالعات اخیر نشان داد که فلوکستین با درمان شناختی رفتاری از فلوکستین همراه مدیریت بالینی خوب<sup>۳</sup> مؤثرتر نیست (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵؛ دویکا و

1- U.S. Food & Drug Administration  
2- Systematic behavioral family therapy  
3- Good clinical management

**جدول ۱-۱. کارآزمایی‌های درمان شناختی رفتاری در مرحله حاد درمان**

نتایج	آزمایش (سال)
CBT موجب بهبود افسردگی و افکار منفی نسبت به گروه انتظار می‌شود.	آسارنو و همکاران (۲۰۰۲)
CBT نسبت به خانواده‌درمانی و درمان حمایتی بهبودی سریع‌تری را در افسردگی ایجاد می‌کند.	برنت و همکاران (۱۹۹۷)
CBT همراه با تغییر دارو پاسخ بهتری را نسبت به تغییر دارو به تنهایی نشان می‌دهند.	برنت و همکاران (۲۰۰۸)
ایفای نقش و CBT در مقایسه با لیست انتظار موجب کاهش بیشتر افسردگی می‌شوند.	باتلر و همکاران (۱۹۸۰)
گروه‌های CBT نسبت به لیست انتظار موجب میزان بالاتر بهبود و کاهش افسردگی بر اساس آزمون‌های خود گزارشی می‌شوند.	کلارک و همکاران (۱۹۹۹)
CBT در مقایسه با آرمیدگی و خودسرمشق‌دهی موجب کاهش افسردگی و عزت‌نفس می‌شود.	کان و همکاران (۱۹۹۰)
CBT در مقایسه با درمان حمایتی، موجب کاهش افسردگی، تنهایی و درماندگی می‌شود.	لرنر و کلوم (۱۹۹۰)
گروه‌های CBT در درمان افسردگی بهتر از لیست انتظار هستند.	لوینسون و همکاران (۱۹۹۰)
هیچ تفاوتی بین CBT، دارونما برای توجه <sup>۱</sup> و عدم درمان جهت مقابله با افسردگی یافت نشد.	لیدل و اسپنس (۱۹۹۰)
CBT به تنهایی در مقایسه با دارونما نتایج بهتری را نشان داد اما از فلوکستین به تنهایی یا فلوکستین همراه با CBT اثرات کمتری داشت.	مارچ و همکاران (۲۰۰۴)
CBT گروهی و آرمیدگی نسبت به لیست انتظار در کاهش علائم افسردگی بهتر عمل کرد.	رینولدز و کوآتز (۱۹۸۶)
CBT و درمان میان فردی در درمان افسردگی نسبت به لیست انتظار مؤثرتر هستند.	روزلو و برنال (۱۹۹۹)
CBT و خودکنترلی بهبود بیشتری را نسبت به لیست انتظار نشان دادند.	استارک و همکاران (۱۹۸۷)
درمان ترکیبی مؤثرترین درمان افسردگی بود. CBT بهتر از دارونما نبود.	گروه TADS (۲۰۰۴)
هیچ تفاوتی بین CBT و درمان حمایتی وجود ندارد. هر ۲ گروه بهبود یافتند.	وُستانیس و همکاران (۱۹۹۶)
CBT کاهش بیشتری در علائم افسردگی نسبت به گروه کنترل نشان داد.	ویز و همکاران (۱۹۹۷)
CBT در مقایسه با آرمیدگی به کاهش بیشتر افسردگی و کسب نتایج کلی بهتر منجر شد.	وود و همکاران (۱۹۹۶)

نکته: CBT، مخفف درمان شناختی رفتاری؛ IPT، مخفف درمان میان فردی؛ MDD، مخفف اختلال افسردگی اساسی.

همکاران، ۲۰۱۰؛ گودیر، ۲۰۰۶). علی‌رغم نتایج ناهمخوان، درمان ترکیبی اغلب درمان انتخابی در نظر گرفته می‌شود. اگرچه، زمان آغاز روان‌درمانی کمتر مشخص است.

**مرحله ادامه درمان**

پس از درمان حاد موفق، درمان شناختی رفتاری، جهت «ادامه درمان» افسردگی دوران بزرگسالی مورد استفاده قرار می‌گیرد و موجب کاهش عود در مقایسه با دارونما می‌شود (جارت و همکاران، ۲۰۱۳). به‌علاوه، مطالعات انجام شده در زمینه افسردگی دوران بزرگسالی نشان می‌دهد که میزان عود را می‌توان به وسیله افزودن دارودرمانی به درمان شناختی رفتاری در مرحله «ادامه درمان» برای افسردگی عمده به طور عمده کاهش داد (فاوا، گرندی، زلزنی، کانستراری و مورفی، ۱۹۹۴؛ فاوا، گرندی، زلزنی،

رافانلی و کانستراری، ۱۹۹۶؛ فاوا و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴؛ گویدی، فاوا، فاوا و پایاکستاس، ۲۰۱۱؛ نیرنبرگ، ۲۰۰۱؛ پایکل و همکاران، ۱۹۹۹؛ پایکل، ۲۰۰۷، تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). بیماران بزرگسال که به داروهای ضدافسردگی پاسخ قابل قبولی داده‌اند همچنان میزان بالای علائم باقی‌مانده (حدود ۴۵ درصد این بیماران؛ فاوا، اُثلینی و زینی ۱۹۹۹) و نرخ قابل توجه عود (حدود ۶۰ درصد از افرادی که یک دوره داشته‌اند، دوره دیگری را نیز تجربه خواهند کرد) را نشان می‌دهند.

در مطالعات دوران بزرگسالی، درمان شناختی رفتاری برای مورد هدف قرار دادن علائم باقی‌مانده و پیشگیری از عود استفاده شده است. فاوا و همکارانش در پژوهش‌های خود (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴) دریافتند که اجرای فنون درمان شناختی رفتاری که شامل اصلاح سبک زندگی و درمان سلامت پس از مرحله حاد درمان است، در کاهش علائم و جلوگیری از عود بسیار مؤثر است. به‌علاوه، با توجه به اینکه درمان مذکور برای بیماران بهبودیافته مورد استفاده قرار گرفت که «کمتر بیمار» هستند، مداخله را می‌توان به‌جای ۲۰-۱۶ جلسه (این تعداد جلسه عمدتاً در کارآزمایی‌های بالینی درمان شناختی رفتاری رایج است) در قالب جلسات کمتری (۱۰ جلسه یک هفته در میان) برگزار نمود. بر اساس پژوهش‌ها، درمان شناختی رفتاری در مرحله «ادامه درمان»، راهکاری مؤثر جهت کاهش علائم و جلوگیری از عود است (اسکات، پالمر، پایکل، تیزدل و هایپرت، ۲۰۰۳).

مرحله ادامه درمان با کمک رویکرد شناختی رفتاری پس از دارودرمانی در مرحله حاد، راهکار درمانی پیوسته<sup>۱</sup> نامیده می‌شود و سبب کاهش عود و بازگشت در افراد بزرگسال می‌گردد (جدول ۱-۲ را ببینید). اگرچه از رویکردهای درمانی مختلفی در مطالعات استفاده شده است (مثلاً درمان بهزیستی<sup>۲</sup>، توجه آگاهی<sup>۳</sup>) اما تمامی مطالعات از مدل درمان شناختی رفتاری استفاده کرده‌اند.

اخیراً تلاش‌هایی در حوزه ارتقای سلامت و روان‌شناسی مثبت صورت گرفته که ممکن است درمان کودکان بهبودیافته را ارتقا دهد. ریف و سینگر (۱۹۹۶) مدلی را برای تعریف ابعاد سلامت در بزرگسالان فراهم کردند که با راهکارهای مداخله برای پیشگیری از عود در افراد بهبودیافته از افسردگی تطابق یافته است (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). سلیگمن (سلیگمن و سیکزنمیهای، ۲۰۰۰) و جنبش روان‌شناسی مثبت تأکید می‌کنند که متخصصان باید بیشتر به تقویت نقاط قوت و ایجاد صفات مثبت (مثل خوش‌بینی) درمقام ابزاری برای پیشگیری از بیماری تمرکز کنند (دکورت، آستین و سلیگمن، ۲۰۰۵؛ گُبا و همکاران، ۲۰۱۱).

مطالعات کمی راهکارهای پیشگیری را در جمعیت کودکان بررسی کرده‌اند. تاکنون ۴ کار آزمایی در رابطه با کودکان انجام شده است که درمان شناختی رفتاری را به صورت مداخله‌ای در مرحله ادامه درمان به کار برده‌اند: یکی از آن‌ها نتایج مثبت (کروول، هارینگتن، جیسون، فراسر و گوروز، ۱۹۹۶) و

1- Sequential treatment strategy

2- Well-being therapy

3- Mindfulness

جدول ۲-۱. درمان شناختی - رفتاری بزرگسالان در مرحله ادامه و نگهداری

آزمایش (سال)	نمونه	درمان حاد	طول مدت درمان حاد	رویکردهای مورد استفاده جهت ادامه درمان	نتیجه
بوکینگ و همکاران (۲۰۰۵)	۱۸۷ نفر (اختلال افسردگی عمده راجعه)	کنترل نشده؛ مدت زمان فروکش کردن علائم: ۱۰ هفته یا بیشتر اما کمتر یا مساوی ۲ سال	نامشخص	CT+ TAU در برابر TAU (داروها کنترل نشدند)	هیچ تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت؛ CT+ TAU منجر به عود کمتر در بیماران مبتلا به ۵ دوره یا بیشتر شدند.
فاوا و همکاران (۱۹۹۴)، ۱۹۹۶ (۱۹۹۸b)	۴۰ نفر	داروی ضدافسردگی	۲۰-۱۲ هفته	CBT+MM در برابر MM (تمام داروها در آغاز مرحله ادامه درمان کاهش یافتند)	عود در ۲ سال (۱۵ درصد در برابر ۳۵ درصد): CBT+MM کاهش بیشتر در علائم باقی‌مانده داشت.
جارت و همکاران (۲۰۰۱)	۱۵۶	CT در برابر کنترل	۲۰ جلسه	CT در برابر کنترل	کاهش نرخ عود گزارش شده است.
پایکل و همکاران (۱۹۹۹)	۱۵۸	داروی ضدافسردگی	۸ هفته یا بیشتر	CBT+MM در برابر MM	عود (۲۹ درصد در برابر ۴۵ درصد)
پرلیس و همکاران (۲۰۰۲)	۱۳۲	فلوکستین	۸ هفته	دارو + CBT در برابر MM	عود (۶ درصد در برابر ۸ درصد)
پترسن و همکاران (۲۰۰۴)	۳۹۱	فلوکستین	۸ هفته	دارو + CBT در برابر MM	هیچ تفاوت مهمی در نمرات HAMD-17 وجود ندارد؛ داروها + CBT تغییر مثبت‌تر در سبک اسنادی ایجاد می‌کنند.
تیزدل و همکاران (۲۰۰۰)	۱۴۵ (اختلال افسردگی عمده راجعه)	کنترل نشده؛ (بیماران در ۱۲ هفته گذشته هیچ دارویی مصرف نکرده‌اند)	نامشخص	MBCT در برابر TAU	هیچ تفاوتی بین درمان‌ها برای ۲ دوره وجود ندارد؛ برای ۳ دوره یا بیشتر: MBCT ۴۰ درصد در برابر TAU که ۶۶ درصد است.

نکته: CT، درمان شناختی؛ CBT، درمان شناختی - رفتاری؛ HAMD-17، مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۱۷ سؤالی<sup>۱</sup>؛ MBCT، درمان شناختی مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۲</sup>؛ MDD، اختلال افسردگی اساسی؛ MM، مدیریت پزشکی<sup>۳</sup>؛ TAU، درمان معمول<sup>۴</sup>.

- 1- 17-item Hamilton Depression Rating Scale
- 2- Mindfulness-based cognitive therapy
- 3- Medical management
- 4- Treatment as usual

دیگری نتایج منفی (کلارک، رُذ، لوینسون، هُیس و سیلی، ۱۹۹۹) را گزارش کرده است. لازم به ذکر است که در هر دو کار آزمایشی، درمان مورد استفاده در مرحله حاد نیز درمان شناختی رفتاری بوده است. به علاوه، در آن کار آزمایشی که نتایج منفی نشان داده شد، شواهدی مبنی بر مفید بودن درمان شناختی رفتاری در مرحله ادامه درمان برای افرادی که در پایان درمان حاد هنوز کاملاً بهبود نیافته بودند به دست آمد. در یک بررسی مقدماتی، کنارد و همکاران (۲۰۰۸a)، دریافتند که خطر عود در جوانان ۱۷-۱۱ ساله که با راهکار پیوسته درمان شده بودند ۸ برابر کمتر بود. این بررسی مقدماتی نشان می‌دهد که ادامه درمان با رویکرد درمان شناختی رفتاری (درمان شناختی رفتاری پیشگیری از عود {RP-CBT}) پس از پاسخ به درمان حاد ضدافسردگی اثربخش است. در یک کار آزمایشی کنترل شده تصادفی، نتایج ذکر شده در بالا مجدداً به دست آمد. این آزمایش نشان داد میزان عود در افرادی که طی ۶ هفته داروی ضدافسردگی مصرف کردند و پس از آن تحت درمان با RP-CBT قرار گرفتند نسبت به افرادی که فقط تحت دارودرمانی بودند طی یک دوره ۳۰ هفته‌ای پایین‌تر بود (۹ درصد در برابر ۲۶ و نیم درصد؛ کنارد و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس نتایج این مطالعه، بیمارانی که با درمان شناختی رفتاری درمان شدند درصد بالاتری از سلامت داشتند و به میزان کمتری داروی ضدافسردگی نیاز پیدا کردند (کنارد و همکاران، ۲۰۱۴).

این کتاب دستورالعمل‌های درمانی مورد استفاده در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی فوق را به‌طور مفصل شرح می‌دهد (کنارد و همکاران، ۲۰۰۸a، ۲۰۱۴). دستورالعمل مذکور، افرادی را هدف درمان قرار می‌دهد که به مرحله حاد درمانی پاسخ مطلوب داده‌اند و جهت مرحله ادامه درمان طراحی شده است. RP-CBT به‌طور خاص علائم باقی‌مانده را درمان می‌کند و مهارت‌های خاصی را به کودک آموزش می‌دهد که این علائم را کاهش خواهد داد و از بازگشت آن‌ها پیشگیری می‌کند. دستورالعمل درمانی ما شامل راهکارهایی برای سلامت و تغییر سبک زندگی جهت تقویت دوره بهبودی است.

درمان برای هدف قرار دادن عوامل خطرناکی طراحی شده بود که با عود کودکان و نوجوانان ارتباط دارند مثل هیجان ابرازشده بالا و تعارض و اختلافات خانوادگی (آسارنو، گلدشتاین، تمپسن و گاتری، ۱۹۹۳؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۰). به علاوه، ما دریافتیم که عوامل شناختی خاصی مثل سبک اسناد منفی و واکنش‌پذیری شناختی با بازگشت ارتباط دارند (هامن، ۱۹۹۲؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۱). کودکانی که یک دوره افسردگی داشته‌اند هنگام مواجه با استرس یا تغییر (مثبت یا منفی؛ کری و کریهد، ۱۹۹۰) در معرض خطر فعالیت مجدد طرح‌واره‌ها و اسنادهای منفی هستند؛ بنابراین درمان برای خنثی کردن طرح‌واره‌ها و اسنادهای منفی هنگام مواجهه با نتایج مثبت و عوامل استرس‌زا طراحی شده است (جایگکس، ریویچ، گیلهام و سلیگمن، ۱۹۹۴؛ سلیگمن، آستین، پارک و پترسن، ۲۰۰۵). در