

روان‌درمانی در افسردگی

دکتر سیگارودی

کلیات روان‌درمانی در افسردگی:

- سیر تاریخی رویکردهای درمانی مرسوم افسردگی: روان‌درمانی روان‌تحلیلی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، روان‌درمانی بین‌فردی
- امروزه عمدتاً درمان‌هایی مورد تاکید قرار می‌گیرند که به‌لحاظ اجرایی ویژه و به‌لحاظ تجربی آزموده شده باشند (درمان‌های کوتاه‌مدت یا زمان‌محدود): رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، روان‌درمانی بین‌فردی، روان‌درمانی‌های روان‌پویشی زمان‌محدود مبتنی بر راهنمای کاربری
- مدالیت‌های درمانی متنوعی مانند درمان انفرادی، گروه‌درمانی، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی وجود دارد.
- در حال حاضر، نگرش کلی این است که درمان ترکیبی (دارودرمانی به اضافه‌ی روان‌درمانی) به نتایج درمانی بهتری منجر می‌شود.

روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال افسردگی عمده



Table 7-12

Evidence-Based Psychotherapies for Major Depressive Disorder

Treatment	Conceptualization of Disorder Etiology	Sample Interventions
Behavioral therapy	Deficit of reinforcers, including pleasant activities and positive interpersonal contacts	Increase activity level Structured goal setting Interpersonal skills training
Cognitive-behavioral therapy	Interaction of beliefs with matching stressor	Identify and challenge automatic thoughts Engage in activities that provide evidence disproving dysfunctional beliefs Modify core beliefs by reviewing evidence
Interpersonal psychotherapy	Interpersonal vulnerabilities arising from early attachment and learned relationship patterns	Develop awareness of patterns in primary relationships and the therapeutic relationship Interpersonal skills training Communication analysis
Behavioral marital	Marital distress increases stress	Assertive communication

عوامل پیشگویی‌کننده‌ی میزان پاسخ‌دهی به درمان در افسردگی



Table 7-13

Predictors of Response to Several Therapies for Depression

Treatment	Predictors
Interpersonal psychotherapy	Low social dysfunction High depression severity
Cognitive-behavioral therapy	Low cognitive dysfunction
Pharmacotherapy	Low cognitive dysfunction High depression severity High work dysfunction

Data from Sotsky SM, Glass DR, Shea MT, Pilkonis PA, Collins JF, Elkin I, Watkins JT, Imber SD, Leber WR, Moyer J, Oliveri ME. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*. 1991;148:997–1108.

روان‌درمانی روان‌تحلیلی (۱)

- در شکل سنتی، درمانی جامع، عمیق و فراگیر است که اصولاً بر ترمیم منش تأکید دارد تا برطرف کردن مستقیم نشانه‌ها. به همین علت، عموماً طولانی‌مدت است.
- مکاتب نظری و شیوه‌های عملی متنوعی دارد: چهار دیدگاه مرسوم‌تر درمان روان‌تحلیلی عبارت‌اند از روان‌شناسی اید، روان‌شناسی ایگو، روان‌شناسی خود و روان‌شناسی روابط با اثره.
- همه‌ی این دیدگاه‌ها بر ایده‌ی وجود ناخودآگاه مبتنی هستند، گرچه ممکن است مفهوم دقیق ناخودآگاه متفاوت باشد.
- روان‌درمانی روان‌تحلیلی کلیه‌ی حوزه‌های ذهن، اعم از امیال، غرایز، افکار، عواطف، هیجانات، آرزوها، ارزش‌ها، استانداردها، رؤیاها و ... را مورد تأکید قرار می‌دهد.
- مهم‌ترین وجه تمایز عملیاتی روان‌درمانی‌های روان‌تحلیلی از سایر درمان‌ها تأکید آن بر انتقال و رابطه‌ی درمانگر-بیمار است.

روان‌درمانی روان‌تحلیلی (۲)

○ روان‌درمانی روان‌تحلیلی همچنین پیوستاری بیانی-حمایتی دارد. در بیانی‌ترین سر طیف روان‌کاوی قرار دارد و سپس، به سمت انتهای حمایتی طیف، به ترتیب روان‌درمانی‌های بیانی-حمایتی، حمایتی-بیانی، حمایتی، مشاوره و ارتباط حمایتی قرار می‌گیرند.

○ روان‌درمانی روان‌تحلیلی اشکال بلندمدت و کوتاهمدت دارد. هرچه درمان کوتاهمدت‌تر شود، اهداف محدودتر، شرایط انتخاب بیمار محدودتر و فعالیت درمانگر در درمان بیشتر می‌شود.

○ اثربخشی و تأثیرگذاری اشکال کوتاهمدت روان‌درمانی روان‌تحلیلی در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده و فراتحلیل‌ها اثبات شده است، اما کارآزمایی‌های مربوط به درمان‌های عمیق و بلندمدت این حوزه محدود است. علت آن عمدتاً ناهماهنگی ساختاری این درمان‌ها با کارآزمایی‌های مرسوم و عدم تمایل روان‌کاوان به اشکال مرسوم کارآزمایی بالینی است.

رفتار درمانی شناختی (موج اول)

- تاکید بر عوامل قابل مشاهده نظیر کمتر شرکت کردن در فعالیتهای لذتبخش و پاداش دهنده
- حذف یا تقلیل تقویت را دلیل افسردگی می داند. (تقویت یعنی افزایش تواتر رفتار ناشی از افزایش یا کاهش عوامل علی)
- اصالتاً مبتنی بر نظریه های یادگیری است، گرچه با برآمدن شناخت درمانی برخی اجزای آن را به خدمت گرفته است.
- به لحاظ عملی، تقویت مهارت های اجتماعی و راهبردهای حل مسأله، افزایش فعالیتهای لذتبخش و اصلاح نشانه ها و ضعف های شناختی را دنبال می کند؛ و بر تعیین و ارائه ی تکالیف خانگی تاکید دارد.
- رویکرد درمانگر در درمان: مانند معلم عمل می کند.

شناخت درمانی (موج دوم)

○ پرفسور آرون بک، دهه‌ی ۱۹۷۰

○ شناسایی تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی (شناخت‌های سطحی) و به‌کارگیری راهبردهایی جهت آزمودن صحت و جایگزین کردن آنها با افکار منطقی‌تر؛ شناسایی نگرش‌ها و شیماهای شناختی (شناخت‌های عمقی) مرتبط با افسردگی (عمدتاً در حوزه‌های کفایت و صمیمیت)

○ شناخت درمانی هم نوعی درمان تحلیلی است (مطالعه‌ی علت شناختی روابط اجزا) و هم نوعی درمان رفتاری (برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و تکالیف خانگی)

○ رویکرد درمانگر در درمان: با بیمار همیارانه عمل می‌کند (به اصطلاح تجربه‌گرایی همیارانه)، به بیمار فرصت می‌دهد بازخورد ارائه دهد و تردیدهایش را ابراز کند.

درمان بین فردی

- کلرمن، وایسمن و همکاران، دهه‌ی ۱۹۸۰
- خاستگاه نظری آن مدل‌های بین فردی روان‌پویشی و نظریه‌ی دلبستگی است.
- الگوهای مشکل‌آفرین بین فردی شایع در مبتلایان به افسردگی، شامل سوگ حل‌نشده، نزاع در حوزه‌ی نقش، تغییر نقش، نقایص بین فردی را نشانه می‌رود.
- مداخلات مبتنی بر این درمان نسبتاً التقاطی است و می‌تواند شامل آموزش روان‌شناختی، پرسش‌گری غیرجهت‌دهنده و حمایت هم‌دلانه، نقش بازی کردن و حل مسائل حوزه‌ی اجتماعی باشد.

سایر درمان‌ها

○ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (افسردگی‌های عودکننده)

○ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط گروه سنیون هیز ابداع شد این درمان بر شناسایی ارزش‌های محوری و تعهد به عمل کردن بر اساس آنها به جای تلاش در جهت اجتناب از رنج تاکید دارد. (افسردگی مزمن)

○ رفتاردرمانی دیالکتیک که توسط گروه لینهان ابداع شد نوعی درمان رفتارمحور است که ذهن آگاهی و پذیرش را به کار می‌گیرد. (افسردگی مقاوم به درمان، افکار یا اقدام به خودکشی)

○ خانواده درمانی کارکردگرا (افسردگی‌های عودکننده و عود افسردگی)

به کارگیری مراقبه‌ی ذهن آگاهانه در درمان شناختی (موج سوم)

- مراقبه‌ی ذهن آگاهانه عبارت است از مشاهده‌ی حواس ادراک شده و تجربه‌ی آنها بدون آن که در موردشان قضاوت شود.
- در افسردگی، شناخت‌ها، حالات هیجانی و حواس پنج گانه مورد مراقبه قرار می گیرد.
- کاربرد ذهن آگاهی در شناخت درمانی به سه دلیل مفید است:
 - تمرین مشاهده‌گری سبب تسهیل در جمع‌آوری شواهد می‌شود.
 - آموختن این که افکار تجاربی مجزا و محدود هستند به بیمار کمک می‌کند که انگیختگی هیجانی برآمده از آنها را تعدیل کند و در نتیجه، توان بیشتری برای در نظر گرفتن دیدگاه‌های جایگزین بیابد.
 - تأکید مراقبه بر پذیرش سبب می‌شود که درمان بیشتر به سمت پذیرش گرایش پیدا کند تا تغییر؛ که در افسردگی‌های شدیدتر راهگشاتر است.

خانواده درمانی کارکردگرا

- میکلوویتز و همکاران
- آموزش بیمار و اعضای خانواده در مورد بیماری و تلاش در جهت رسیدن به دیدگاهی مشترک در مورد بیماری
- برنامه‌ریزی جهت پیشگیری از عود، شامل روش‌های شناسایی تشدید علائم توسط خانواده، توافق در جهت نحوه‌ی انتقال این اطلاعات به بیمار و فهم چگونگی پاسخ دهی بیمار به این داده‌ها
- بررسی و تعیین گزینه‌های مدیریت و درمان نشانه‌ها
- آموزش و تمرین ارتباط مؤثر با بیمار و کاهش سطح دشمن‌خویی و انتقاد در محیط خانواده

مرور چند فراتحلیل در زمینه‌ی روان‌درمانی افسردگی

The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update

- مواد پژوهش: ۵۴ پژوهش، شامل ۳۳ کارآزمایی بالینی تصادفی شده و ۳۹۴۶ بیمار مبتلا به افسردگی که روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت دریافت کرده بودند
- مقیاس های پیامدی: افسردگی، آسیب شناسی روانی عمومی، کیفیت زندگی
- نتایج: بهبودی قابل توجه در کلیه ی مقیاس های پیامدی، تداوم یا بهبود مقیاس ها در پس از درمان و پیگیری، تفاوت قابل توجهی در تاثیرگذاری این درمان و سایر روان درمانی ها، در پس از درمان و پیگیری، وجود نداشت؛ جز این که این درمان در هر دو زمان تاثیر بیشتری در کاهش مقیاس های اضطراب داشت.
- برداشت نهایی: روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت در درمان افسردگی بزرگسالان تاثیر گزار است.

Clinical Psychology Review 42 (2015) 1-15

Ellen Driessen, Lisa M. Hegelmaier, Allan A. Abbass, Jacques P. Barber, Jack J.M. Dekker, Henricus L. Van, Elise P. Jansma, Pim Cuijpers

Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis

- اهداف: بررسی تأثیرگذاری روان درمانی افسردگی بر کیفیت زندگی جامع و اجزای سلامت ذهنی و سلامت جسمی نامه‌ی کیفیت زندگی
- مواد: ۴۴ کارآزمایی بالینی تصادفی شده که روان‌درمانی افسردگی را در گروه دچار افسردگی یا نشانه‌های افزایش یافته‌ی افسردگی با گروه شاهد مقایسه کرده بودند.
- اندازه‌ی اثر کوچک تا متوسط در بهبود کیفیت زندگی؛ اندازه‌ی اثر متوسط در بهبود سلامت ذهنی و اندازه‌ی اثر کوچک، اما قابل توجه، در بهبود سلامت جسمی؛ میزان بهبود کیفیت زندگی به میزان بهبود شدت افسردگی مربوط نیست.
- برداشت نهایی: روان‌درمانی افسردگی بر بهبود کیفیت زندگی درمان‌شوندگان تأثیر دارد و میزان بهبود نشانه‌های افسردگی نمی‌تواند این بهبود در کیفیت زندگی را توضیح دهد.

The British Journal of Psychiatry (2016), 209, 460-468

Spyros Kolovos, Annet Kleiboer, and Pim Cuijpers

Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression

- مواد: ۶۵۵ کارآزمایی تصادفی شده‌ی اثربخشی روان‌درمانی انگلیسی زبان در افراد ۴ تا ۱۸ ساله از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۷؛ شناسایی ۵۵ پژوهش در زمینه‌ی تأثیر روان‌درمانی در افسردگی کم‌سالان که مقیاس‌های پیامدی را در هر دو گروه مورد و کنترل، پس از درمان و در دوره‌ی پیگیری (میانگین: ۴۲ هفته پس از پایان درمان)، اندازه‌گیری کرده بودند؛ استخراج ۱۲ پژوهش و شاخص‌های پیامدی آنها؛ مقایسه‌ی مقادیر اندازه‌ی اثر در دو گروه مورد و شاهد.
- اندازه‌ی اثر کلی بلافاصله پس از درمان ۰/۳۶ و در دوره‌ی پیگیری ۰/۲۱ بود که متوسط رو به پایین محسوب می‌شود.
- برداشت نهایی: تأثیر روان‌درمانی در درمان افسردگی کم‌سالان متوسط رو به پایین است. ما نیاز به روان‌درمانی‌های تاثیرگذارتری داریم.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 2020 Jan;59(1):45-63

Dikla Eckshtain, Sofie Kuppens, Ana Ugueto, Mei Yi Ng, Rachel Vaughn-Coaxum , Katherine Corteselli, John R Weisz

Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis

- هدف: مقایسه‌ی اثرات روان درمانی‌های افسردگی در سنین مختلف
- ۳۶۶ کارآزمایی بالینی مورد-شاهدی تصادفی‌شده‌ی افسردگی شامل ۳۶۷۰۲ بیمار، که از چهار پایگاه داده‌ای معتبر استخراج شد و تا ژانویه‌ی ۲۰۱۹ را در بر می‌گرفت.
- به‌طور خلاصه، اندازه‌ی اثر محاسبه‌شده در گروه‌های سنی مختلف نشان داد که تأثیرگذاری روان‌درمانی‌های افسردگی، به ترتیب از بیشترین به کمترین، به قرار زیر است: جوانان (۱۸ تا ۲۴ سال)، میان‌سالان (۲۴ تا ۵۵ سال)، افراد مسن (۵۵ تا ۷۵ سال)، سالمندان (بالای ۷۵ سال)، نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال) و کودکان (زیر ۱۳ سال)

JAMA-Psychiatry.2020;77(7):694-702.

Pim Cuijpers, PhD; Eirini Karyotaki, PhD; Dikla Eckshtain, PhD; Mei Yi Ng, PhD; Katherine A. Corteselli, MA; Hisashi Noma, PhD; Soledad Quero, PhD; John R. Weisz, PhD

Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis

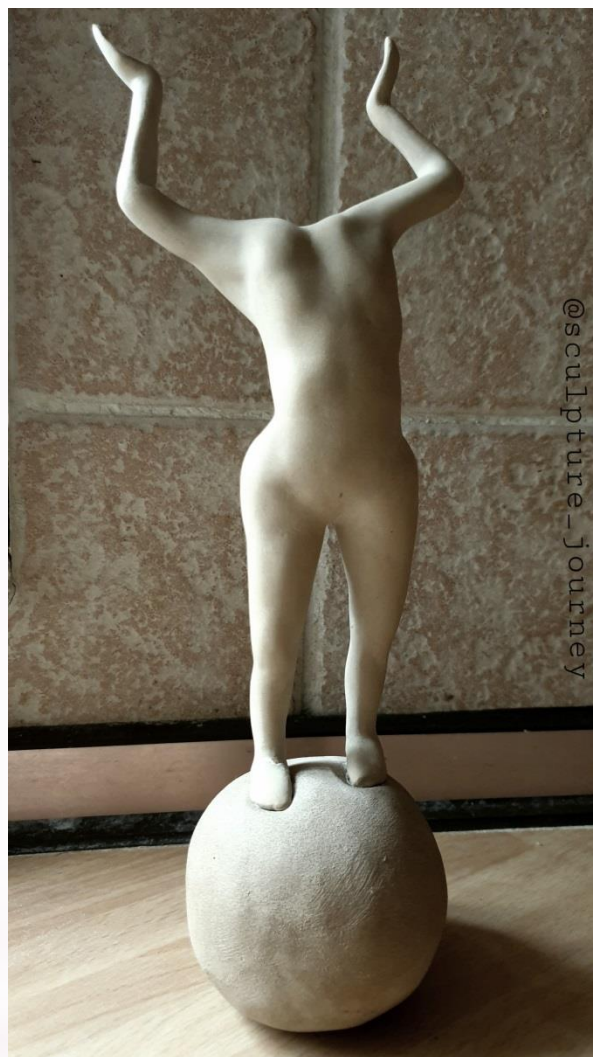
- هدف: ارزیابی تأثیرگذاری روان‌درمانی تلفنی افسردگی در مقایسه با گروه کنترل و سایر درمان‌های فعال، و تعیین تبعیت از روان‌درمانی تلفنی
- مواد: ۱۰ کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی شده
- نتایج: داده‌های موجود نشان می‌دهد که روان‌درمانی تلفنی افسردگی، در مقایسه با گروه کنترل، می‌تواند راهبرد تأثیرگذاری در درمان افسردگی باشد و تبعیت از آن کافی است.
- مقایسه‌ی این راهبرد با سایر روان‌درمانی‌ها تفاوت معناداری نشان نداد: تفاوت اندازه‌ی اثر اندک و غیر قابل توجه، اما به نفع رمان تلفنی بود.

Journal of Affective Disorders; Volume 260, 1 January 2020, Pages 514-526

Adoración Castro, Margalida Gili, Ignacio Ricci-Cabello, Miquel Roca, Simon Gilbody, Maria Ángeles Perez-Ara, Andrea Seguí, Dean McMillan

جمع‌بندی

- نتایج فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی‌های مرسوم در درمان افسردگی تأثیرگذارند. (توجه: این ادعا شامل روان‌درمانی‌های غیرمرسوم نمی‌شود.)
- روان‌درمانی در افسردگی اندیکاسیون‌های مشخص دارد. بررسی اولیه‌ی بیمار همراه با دقت در این اندیکاسیون‌ها مشخص می‌کند که چه درمان یا درمان‌هایی (دارودرمانی، روان‌درمانی، ای‌سی‌تی، ...) و در چه شرایطی (بستری یا سرپایی) برای بیمار ارجحیت دارند. روان‌درمانی درمانی نیست که صرفاً در صورت شکست سایر درمان‌ها توصیه شود.
- انتخاب روان‌درمانی سرپایی برای بیمارانی که احتمال خودکشی یا دیگرکشی در آنها قوی است قصور درمانی محسوب می‌شود. در این بیماران، بستری در بخش روان‌پزشکی لازم است.



پایان