

# درمان شناختی- رفتاری برای افسردگی کودکان و نوجوانان

راهنمای پیشگیری از عود

تألیف

بستی د. کنارد

جنیفر ل. هاگز

الکساندرا آ. فاکسول

ترجمه

دکتر سیما قدرتی

مصطفی قلاوند

## درباره نویسندگان

**دکتر بستنی د. کنار د.** روان‌شناس بالینی، استاد روان‌پزشکی، و مدیر درمان شناختی-رفتاری در برنامه پژوهشی روان‌شناسی کودک در مرکز پزشکی جنوب غرب دانشگاه دالاس تگزاس، و سیستم بهداشت کودکان در تگزاس است. او همچنین مدیر برنامه دکتری روان‌شناسی بالینی در دانشگاه جنوب غرب تگزاس و مدیر بالینی طرح پیشگیری از خودکشی و تاب‌آوری در کودکان است. دکتر کنار د سرمایه‌گذار سه پروژه درمانی درباره افسردگی و خودکشی نوجوانان است که بنیان‌ساز مؤسسه ملی سلامت روان گذاشته شد، و در نوشتن راهنمای این پژوهش‌ها همکاری کرده است. او این درمان راهبردی شناختی-رفتاری را برای پیشگیری از عود افسردگی نوجوانان نوشت و در حال حاضر سرمایه‌گذار اصلی پژوهش درمانی خودکشی در نوجوانان در مؤسسه ملی سلامت روان است.

**دکتر جنیفر ل. هاگز** روان‌شناس بالینی کودک و استادیار روان‌پزشکی دانشگاه جنوب غرب تگزاس است. او از بنیاد پیشگیری از خودکشی آمریکا کمک‌هزینه گرفته تا درباره پیشگیری از خودکشی در نوجوانان مطالعه کند. او درمانگر، مبدع درمان، و همکار چندین پژوهش درباره افسردگی و رفتارهای خود-زنی در کودکان و نوجوان بوده است. پژوهش دکتر هاگز کارایی و اثربخشی رویکردهای روانی را به پیشگیری و درمان افسردگی و خودکشی در نوجوانان و درمان‌های پژوهش‌بنیان‌کاو می‌کند.

**دکتر آلاسکا آ. فاکسول** روان‌شناس بالینی در بخش سلامت دانشجویان و خدمات مشاوره و استادیار روان‌پزشکی در دانشگاه جنوب غرب تگزاس است. او درمانگر و همکار چندین پژوهش درباره خودکشی کودکان و نوجوانان دارای اختلال افسردگی اساسی است. علاقه بالینی دکتر فاکسول تمرکز بر درمان پژوهش‌بنیان افسردگی، اضطراب، و سایر اختلال‌های خلقی در کودکان، نوجوانان، و نوجوانان است. او همچنین استاد و ناظر دانشجویان و کارآموزان درمان شناختی-رفتاری افسردگی هست.

# قدردانی

ابتدا می‌خواهیم از کودکان و خانواده‌هایی قدردانی کنیم که در پژوهش پیشگیری از عود درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند. این کار بدون صرف زمان، انرژی، تلاش‌ها، و اطلاعات آنان ممکن نبود. کار ما با آنان الهام‌بخش مثال‌ها و مهارت‌هایی شد که در کتاب به آنها اشاره کرده‌ایم. از مؤسسه ملی سلامت روان هم ممنونیم که کمک‌هزینه کارآزمایی‌های بالینی را فراهم کرد که به تدوین این رویکرد درمانی انجامید.

دوست داریم از تیم اصلی (بستی د. کنارد، سونیتا استوارت، جنیفر ل. هاگز، پوجا پیتل، آوری هونینگ، و جسیکا جونز) تشکر کنیم که در تدوین مداخله اولیه همکاری کردند. به علاوه، می‌خواهیم از گراهام ج. امسلی تشکر کنیم که در کارآزمایی تصادفی کنترل شده برای آزمون درمان شناختی- رفتاری همکاری کرد. با توجه به تجربه‌اش در بررسی و مرحله تداوم درمان افسردگی نوجوانان اطلاعاتش درباره تدوین رویکردمان به مراقبت بالینی از بچه‌ها و خانواده‌هایشان بسیار ارزشمند بود.

همچنین از درمانگران، همکاران، پژوهشگران، و فارغ‌التحصیلانی که در موفقیت این کار سهیم بودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم: تارین مایز، جین نایتینگیل- ترسی، کارول هاگز، رانگ رانگ تائو، کریستی بیکر، میکا اسمیت، کارلوت هی‌لی، کیت کنارد، جسیکا کینگ، آلیسا پارکر، اشلی ملسون، کریستل جوینر، کریستین وولف، جارت مور، هی‌لی فرنییر، هدر لیندبرگ، جین رینتلیمان، لارن اسمیت، آنی والی، شاننا بارنز، و تاباتا هینز.

دکتر کوین استارک و دانشجویانش کیم پولینگ، جان کاری، و گرگ کلارک؛ به خاطر بازبینی دقیق راهنما و پیشنهادهای مفیدتان ممنونیم. از کسانی که در انجام کارآزمایی بالینی برای تدوین این راهنما دست‌مان را گرفتند نیز تشکر و قدردانی می‌کنیم: دیوید آ. برنت، جان راش، گرگ کلارک، مایکل فریش، رابین جارت، و کوین استارک.

همچنین از آثار مهمی که منجر به تدوین درمان شناختی- رفتاری افسردگی کودکان شد ممنونیم. این افراد و کارهایشان بر افسردگی کودکان و رشته ما اثر چشمگیری داشتند.

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. *Continuation therapy for major depressive disorder* (2001). R. B. Jarrett.

6. *Cognitive behavior therapy for suicide 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, and 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 دربارهٔ درمان شناختی- رفتاری افسردگی کودکان به کانر، امسلی، و همکاران (۲۰۰۸ الف)؛ کنارد، استوارت، و همکاران (۲۰۰۸ ب)؛ و کنارد و همکاران (۲۰۱۴) مراجعه کنید.

درباره نویسندگان

فصل ۱: مقدمه

فصل ۲: مرور و چارچوب منطقی

فصل ۳: ارزیابی مراجعان و برنامه‌ریزی درمان

فصل ۴: نحوه کاربست راهنمای درمان

فصل ۵: جلسه اول: مرور و توضیح منطق درمان شناختی- رفتاری و طرح پیشگیری از عود؛ تهیه

جدول زمان‌بندی؛ و هدف‌گزینی

فصل ۶: جلسه دوم: مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری و هیجان‌های بیان‌شده خانواده

فصل ۷: جلسه سوم: بازسازی شناختی و شناسایی افکار مخرب

فصل ۸: جلسه چهارم: حل مسئله

فصل ۹: جلسه پنجم: شناسایی مهارت‌ها برای حفظ سلامت و تدوین طرح سلامت

فصل ۱۰: جلسه ششم و هفتم: تمرین و کاربست مهارت‌های اصلی

فصل ۱۱: جلسه هشتم: طرح پیشگیری از عود و طرح سلامت

فصل ۱۲: جلسه پایانی درمان و جلسه‌های تقویتی

فصل ۱۳: جهت‌گیری‌های آتی

ضمیمه: بروشورهای تکمیلی: راهنمای والدین

منابع

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

## مقدمه

### افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان

برآورد شده ۲ درصد از کودکان و ۶ درصد از نوجوانان از افسردگی رنج می‌برند و احتمال وقوع این اختلال در سنین ۳ تا ۱۷ حدود ۴ درصد است (پرو و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷)، و همین باعث شده این اختلال به نگرانی عمده‌ای در حیطه سلامت عمومی تبدیل شود. شیوع افسردگی در طول زندگی نوجوانان مانند جمعیت بزرگسالان ۲۰ درصد تخمین زده شده است (بیرماهر، آربلاز، و برنت، ۲۰۰۲). به‌علاوه، اختلال‌های افسردگی دلیل اصلی مرگ‌ومیر در گروه سنی اطفال است (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷). افسردگی باعث کاهش عملکرد در حوزه‌های مختلف می‌شود و اگر شدت آن زیاد باشد منجر به عملکرد ضعیف می‌گردد (ویتیلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۴). نقض عملکرد ارتباطی، تحصیلی، و شغلی، و درگیری‌های مکرر با دستگاه‌های قضایی نیز گزارش شده است (آنگولد و همکاران، ۱۹۹۸؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷؛ کندل و دیویس، ۱۹۸۶؛ کواس و همکاران، ۱۹۸۴؛ رُده، لوینسون، و سیلی، ۱۹۹۴). به‌علاوه، گزارش شده نوجوانان مبتلا به افسردگی در معرض افزایش خطر سوءمصرف مواد، اقدام به خودکشی یا خودکشی موفق، و عود افسردگی در بزرگسالی هستند (برنت و همکاران، ۱۹۹۳، ۱۹۸۸؛ بریج، گلدستین، و برنت، ۲۰۰۶؛ کاستلو و همکاران، ۲۰۰۲؛ هارینگتون، فاج، راتر، پیکلز، و هیل، ۱۹۹۰؛ کواس و همکاران، ۱۹۸۴؛ لوینسون، هاپس، رابرتز، سیلی و آندروز، ۱۹۳۳؛ نایکر، گلامباس، زنگ، سنسیلسوان، و کلمن، ۲۰۱۳؛ راثو و همکاران، ۱۹۹۵؛ شافر و همکاران، ۱۹۹۶).

### دوره بیماری

برخلاف پیشرفت‌هایی که در درمان افسردگی کودکان وجود دارد، نرخ بهبودی (نبود نشانگان؛ به تعاریفی که در ادامه آمده مراجعه کنید) پایین است. حتی در جامع‌ترین درمان‌ها (درمان ترکیبی فلوکستین با درمان شناختی- رفتاری) که تاکنون انجام شده تنها ۳۷ درصد از نوجوانان افسرده بعد از ۱۲ هفته در گروه پژوهشی درمان افسردگی نوجوانان مداوا شدند (۲۰۰۴). به‌علاوه، پس از درمان‌های حاد نیز برخی نشانه‌ها رایج است. مثلاً در پژوهش درمان افسردگی نوجوانان (۲۰۰۴)

۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان به درمان حاد حداقل یکی از نشانه‌ها را پس از پایان درمان داشتند (کنارد و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین تائو، مایز، هاگز، ریتلمن، و امسلی (۲۰۰۵) نشانگان باقی‌مانده را در افرادی که تحت درمان فلوکستین بودند ارزیابی کردند و متوجه شدند حتی آن دسته از نوجوانانی هم که بهبودیافته تلقی می‌شدند، همچنان نشانگانی داشتند (تائو و همکاران، ۲۰۰۵). نشانه‌های باقی‌مانده به بازگشت و عود در بزرگسالی ربط داده شده‌اند (فاوا، فابری، و سونینو، ۲۰۰۲؛ کارپ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مونتگومری، دوگان، و برنساید، ۱۹۹۱)، و به نظر می‌رسد این امر در مورد نوجوانان نیز صادق است (امسلی و همکاران، ۲۰۰۸).

دوره‌های افسردگی در کودکان نیز همانند بزرگسالان می‌تواند مزمن باشد. هرچند تا ۹۰ درصد از نوجوانان طی ۱ یا ۲ سال بهبود پیدا می‌کنند (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۲؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۷؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ استرایر، لامبرت، شیمدت-لاکتر، و مورل، ۱۹۹۳)، بازگشت و عود بسیار شایع است (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۲؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۸؛ لوینسون، آلن، سیلی و گاتلیب، ۱۹۹۹؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ راثو و همکاران، ۱۹۹۵). حتی نوجوانانی که در درمان می‌مانند با وجود مصرف دارو تا ۴۰ درصد بازگشت خواهند داشت (امسلی و همکاران، ۲۰۰۸). حجم زیاد شواهد تا به امروز نشان داده هر نوجوانی که یک دوره افسردگی را تجربه کند به احتمال زیاد در آینده نیز دوره‌های افسردگی را تجربه خواهد کرد (انجمن ملی سلامت روان، ۲۰۰۴). بین ۵۰ تا ۷۵ درصد از افراد با اختلال افسردگی اساسی قبل از بلوغ دوره‌های راجعه افسردگی را دارند و ۳۰ درصد از دوره نوجوانی‌شان با این اختلال سپری می‌شود (امسلی و همکاران، ۱۹۹۷؛ کوکس و همکاران ۱۹۸۴؛ کوکس، اکیسکال، گاتسونیس، و پارون، ۱۹۹۴؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک کالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ راثو و همکاران، ۱۹۹۵). بازگشت اغلب ۶ ماه تا ۱ سال بعد از بهبودی رخ می‌دهد (امسلی و همکاران، ۱۹۹۸؛ وستانیس، فیهان، گراتن، و بیکرتون، ۱۹۹۶؛ وود، هارینگتن، و مور، ۱۹۹۶). این سال‌های زندگی که با ناتوانی برچسب خورده‌اند، موجب افزایش بار اقتصادی ناشی از این بیماری (هبی، تانگ، لیتلفیلد، کارتر، و وس، ۲۰۰۴)، افزایش استفاده از خدمات مراقبت و کاهش بهره‌وری، و میلیون‌ها دلار هزینه در طول عمر می‌شوند (استرام و ولز، ۱۹۹۵). ترکیب درمان شناختی-رفتاری و درمان دارویی ضدافسردگی به کاهش هزینه‌های مراقبت از سلامت در طول زمان ختم می‌شود (دومینو و همکاران، ۲۰۰۹).

## تعریف واژه‌ها

- **پاسخ:** کاهش چشمگیر نشانه‌های اصلی افسردگی حداقل برای ۲ هفته. در کارآزمایی‌های بالینی پاسخ به معنی بهبود کلی بالینی یا تغییر در شدت علائم افسردگی است (مثلاً تا ۵۰ درصد کاهش علائم).
- **بهبودی<sup>۱</sup>:** در کارآزمایی‌های بالینی منظور از بهبودی داشتن حداقل یا هیچ نشانه افسردگی با استفاده از نقطه برش در مقیاس درجه‌بندی افسردگی بالینی است (مثلاً در مقیاس بازبینی‌شده درجه‌بندی افسردگی در کودکان نمره خوب زیر ۲۸ است).
- **علائم باقی‌مانده<sup>۲</sup>:** علائمی که پس از پاسخ به درمان حاد باقی می‌مانند.
- **دوره نقاهت<sup>۳</sup>:** داشتن حداقل یا هیچ نشانه افسردگی در دوره‌ای که بشود گفت دوره افسردگی نبوده است.
- **زوال بالینی:** بدتر شدن چشمگیر وضعیت طوری که باید برای پیشگیری از عود کامل درمان را تغییر داد (راش و همکاران، ۱۹۹۸).
- **عود:** برگشت نشانگانی که شاخص‌های دوره هستند (نمره کمتر از ۴۰ در مقیاس افسردگی کودکان در عرض دو هفته، یا زوال بالینی).
- **وقوع مجدد<sup>۴</sup>:** دوره جدید افسردگی بعد از دوره نقاهت از نشانگان اولیه.

## آیا ما می‌توانیم بهبودی و عود را در نوجوانی پیش‌بینی کنیم؟

مهم است از عواملی که با دوره بیماری و نتایج درمان مرتبط هستند اطلاع داشته باشیم. هر چند شواهد متعدد نشان می‌دهد متغیرهای جمعیت‌شناختی روی نتایج تأثیر می‌گذارند، عوامل بیماری پیش‌بین طول درمان و نتیجه آن هستند. عواملی مانند شدت بیماری، هم‌ابتلائی، بازگشت افسردگی، و بی‌خوابی مرضی از عوامل پیش‌بین نتایج ضعیف هستند (امسلی، مایز، لپتوک، و بت، ۲۰۰۳؛ امسلی و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، متغیرهای روانی-اجتماعی (مثل آسیب روانی در والدین، تعارض در خانواده، و عوامل استرس‌زا) و سابقه بحران پیش‌بین نتایج ضعیف است (امسلی و همکاران، ۲۰۰۳؛ کافمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ نمروف و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعات کمی پیش‌بین‌های عود و وقوع مجدد را بررسی کرده‌اند. با وجود این، عوامل پیش‌بین احتمالی شامل هم‌ابتلائی (اختلال اضطرابی و رفتاری، افسرده‌خویی)، شدت بیماری، افسردگی راجعه، سن شروع، گرایش به خودکشی، نشانه‌های باقی‌مانده، عملکرد ضعیف، بی‌خوابی، موارد استرس‌زای روانی-اجتماعی، سابقه روان‌پزشکی خانواده، و آشفتگی خانوادگی هستند (بیرماهر و

---

<sup>۱</sup>Remission  
<sup>۲</sup>Residual symptoms  
<sup>۳</sup>Recovery  
<sup>۴</sup>Recurrence



همکاران، ۱۹۹۶ الف، ۱۹۹۶ ب؛ امسلی و همکاران، ۱۹۹۷ ب، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱؛ کلین، لوینسون، سیلی، و رُده، ۲۰۰۱؛ کواکس و همکاران، ۱۹۸۴ الف؛ لیونسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ راثو، هافمن، و دی لی، ۱۹۹۹؛ ویزمن و همکاران، ۱۹۹۹ الف، ۱۹۹۹ ب). ممکن است متغیرهای شناختی (مثل ناامیدی و نشخوار ذهنی) تأثیر ناخوشایندی بر پاسخ به درمان داشته و باعث بازگشت افسردگی شود. مطالعات گوناگون گزارش داده‌اند باورهای منفی با افسردگی ارتباط داشته و ممکن است بهبود علائم را کاهش دهند (آسانو و بیتز، ۱۹۸۸؛ گاتلیب، لوینسون، سیلی، رُده، و ردنر، ۱۹۹۳؛ مک کالی، میشل، بورک، و موس، ۱۹۸۸؛ تمز، استوارت، اسکینر، هاگز، و امسلی، ۱۹۹۳)؛ بنابراین افکار مخرب پیش‌بین قوی عود افسردگی است (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۱) و زوال شناختی ادامه‌دار پس از درمان پیش‌بین عود سریع‌تر است (بیورز، کیتنر، رایان، و میلر، ۲۰۰۳).

## شرح مراحل درمان

درمان اختلال افسردگی اساسی به سه مرحله تقسیم می‌شود. مرحله حاد درمان برای گرفتن پاسخ<sup>۱</sup> به نشانه‌ها (کاهش چشمگیر علائم افسردگی) و بهبودی نهایی (رسیدن به کمترین حد یا هیچ نشانه‌ای) است. در کارآزمایی‌های بالینی طول مرحله حاد ۶ تا ۱۲ هفته است (امسلی و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۸؛ کنارد و همکاران، ۲۰۱۴؛ گروه مطالعه درمان افسردگی نوجوانان، ۲۰۰۴). پس از مرحله حاد، تمرکز مرحله میانی<sup>۲</sup> بر علائم باقی‌مانده تا پاسخ‌های درمانجو تحکیم شود، و بر پیشگیری از عود (یعنی دوره افسردگی بعد از بهبودی) است. مرحله نگهداری<sup>۳</sup> راهبرد درمانی طولانی‌مدت است که برای پیشگیری از دوره‌های جدید، یا وقوع مجدد افسردگی در بیمارانی طراحی می‌شود که بهبود یافته‌اند و در دوره نقاهت به سر می‌برند.

### درمان‌های مرحله حاد

#### داروهای ضدافسردگی

روشن شده است که دارودرمانی در مرحله حاد برای درمان اختلال افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان مؤثر است (امسلی و همکاران، ۱۹۹۷ الف، ۲۰۰۲؛ گروه پژوهشی درمان افسردگی نوجوانان، ۲۰۰۴). از زمان گسترش استفاده از فلوکستین در سال ۱۹۸۸، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و دیگر داروهای ضدافسردگی جدید نیز به‌طور فزاینده برای درمان اختلال افسردگی کودکان استفاده شده است (چانگ، امسلی، و مایز، ۲۰۰۵). دیگر مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین شامل سیتالوپرام، پاروکستین، و سرتالین نیز حداقل روی برخی نتایج درمانی

<sup>۱</sup>acute phase

<sup>۲</sup>continuation phase

<sup>۳</sup>Maintenance phase

اثرات مثبت دارند (کلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ واگنر و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴)، اما سازمان غذا و دارو امریکا فقط فلوکستین را برای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان و اسیتاکوپرام را برای درمان افسردگی نوجوانان تأیید کرده است. (سازمان غذا و دارو، ۲۰۱۴).

### نتایج امیدوار کننده: درمان شناختی- رفتاری در نوجوانان در مرحله حاد

بازبینی پیشینه پژوهشی در مورد درمان شناختی- رفتاری نشان می‌دهد اثربخشی این درمان در کودکان و نوجوانانی که این درمان را دریافت کرده‌اند بیش از سایر مداخلات روانی یا گروه کنترل و لیست انتظار بوده است (کامپتان و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلین، جاکوبز، و رینیک، ۲۰۰۷؛ ویز، مک‌کارتی، و والری، ۲۰۰۶). درمان شناختی- رفتاری درمانی منطقی برای مرحله میانی است، زیرا درباره سایر روان‌درمانی‌های تجربی (مثل درمان درون‌فردی، خانواده‌درمانی سیستمی- رفتاری، و درمان‌های حمایتی) خوب پژوهش نشده است. برای مرور مداخلات شناختی- رفتاری در مرحله حاد جدول ۱-۱ را ببینید.

### درمان ترکیبی

مؤسسه ملی بهداشت روان در پژوهش جامعی روی ۴۳۹ نوجوان (بین ۱۲ تا ۱۸ سال) به مقایسه درمان‌های فلوکستین، درمان شناختی- رفتاری، و ترکیب فلوکستین با درمان شناختی- رفتاری و دارونما پرداخت. نرخ پاسخ درمانی بر اساس مقیاس بهبودی بالینی کلی (بهبود خیلی زیاد یا زیاد) برای درمان ترکیبی بیشتر از همه (۰/۷۱ درصد)، درمان با فلوکستین (۰/۶۱ درصد، درمان شناختی- رفتاری ۰/۴۳، و دارونما ۰/۳۵ درصد بود. دو درمان ترکیبی و فلوکستین نسبت به دارونما مفیدتر بودند، اما درمان شناختی- رفتاری مؤثر نبود (گروه پژوهشی درمان افسردگی نوجوانان، ۲۰۰۴). در حالی که به برآورد گروه پژوهشی درمان افسردگی نوجوانان برتری درمان ترکیبی نسبت به دارودرمانی صرف اثربخش‌تر بوده، مطالعات اخیر نشان داده فلوکستین در کنار درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر از فلوکستین در کنار مدیریت خوب بالینی نیست (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵؛ دوبیکا و همکاران، ۲۰۱۰؛ گودیر، ۲۰۰۶). علیرغم نتایج متناقض، درمان ترکیبی درمان منتخب است. با این حال، زمان شروع روان‌درمانی چندان روشن نیست.

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

آزمایش (سال)	نتایج
آسارنو و همکاران (۲۰۰۲)	درمان شناختی- رفتاری حاکی از بهبود افسردگی و افکار منفی نسبت به لیست انتظار بود.
برنت و همکاران (۱۹۹۷)	درمان شناختی- رفتاری نسبت به خانواده‌درمانی و درمان‌های حمایتی، بهبودی سریع‌تری به وجود می‌آورد.

برنت و همکاران (۲۰۰۸)	درمان شناختی- رفتاری در ترکیب با دارودرمانی از دارودرمانی صرف پاسخ بیشتری داشت.
بوئر و همکاران (۱۹۸۰)	ایفای نقش و درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه انتظار کاهش بیشتری در افسردگی نشان دادند.
کلارک و همکاران (۱۹۹۹)	گروه‌های درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه‌های انتظار منجر به میزان بالاتر بهبودی و کاهش خودگزارشی‌های افسردگی شد.
کان و همکاران (۱۹۹۰)	درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با تن‌آرامی و الگوگیری از خود بیشتر منجر به کاهش افسردگی و کاهش عزت‌نفس شد.
لرنر و کلام (۱۹۹۰)	درمان شناختی- رفتاری نشان‌دهنده کاهش افسردگی، تنهایی و ناامیدی در مقایسه با درمان‌های حمایتی است.
لوینسون و همکاران (۱۹۹۰)	گروه‌های درمانی شناختی- رفتاری نسبت به لیست انتظار برتر بودند.
لیدل و اسپینس (۱۹۹۰)	تفاوتی بین درمان شناختی- رفتاری، دارونما، و عدم درمان مشاهده نشد.
مارچ و همکاران (۲۰۰۴)	درمان شناختی- رفتاری نسبت به دارونما پاسخ بیشتری فرا خواند، اما نسبت به درمان با فلوکستین و درمان شناختی- رفتاری همراه با فلوکستین نرخ پایین‌تری نشان داد.
رینولدز و کواتز (۱۹۸۶)	گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و تن‌آرامی در کاهش علائم افسردگی بهتر از گروه انتظار بودند.
روسلو و برنال (۱۹۹۹)	درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی در درمان افسردگی از لیست انتظار مؤثرتر بودند.
استارک و همکاران (۱۹۸۷)	درمان شناختی- رفتاری و خودکنترلی سهم بالاتری در بهبودی نسبت به لیست انتظار داشتند.
تیم پژوهشی درمان افسردگی نوجوانان (۲۰۰۴)	درمان ترکیبی بیشترین اثر درمانی را روی اختلال افسردگی اساسی داشت. درمان شناختی- رفتاری از دارونما بهتر نبود.
وستانیس و همکاران (۱۹۹۶)	تفاوتی بین درمان شناختی- رفتاری و درمان حمایتی نبود؛ هر دو گروه بهبود یافتند.
ویز و همکاران (۱۹۹۷)	درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل کاهش علائم بیشتری داشت.
وود و همکاران (۱۹۹۶)	درمان شناختی- رفتاری نسبت به تن‌آرامی بهبودی بیشتری در افسردگی و نتایج کلی نشان داد.

## درمان در مرحله میانی

پس از درمان حاد موفق، افزودن درمان شناختی- رفتاری در مرحله میانی درمان افسردگی بزرگسالان باعث کاهش نرخ عود در مقایسه با دارونما شده است (جارت و همکاران، ۲۰۱۳). به‌علاوه، مطالعات بزرگسالان نشان می‌دهد که نرخ عود در افسردگی اساسی به‌طور چشمگیری با ترکیب داروهای روانی با درمان شناختی- رفتاری کاهش پیدا می‌کند (فاوا، گراندی، زیلزن، کانستراری، و مورفی، ۱۹۹۴؛ فاوا، گراندی، زیلزن، رافانلی، و کانستراری، ۱۹۹۶؛ فاوا و همکاران،

۱۹۹۸، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴؛ گودی، فاوا، فاوا، و پاپاکاستاس؛ ۲۰۰۱؛ نیرنبرگ، ۲۰۰۱؛ پایکل و همکاران، ۱۹۹۹؛ پایکل، ۲۰۰۷؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). بیماران بزرگسالی که پاسخ خوبی به داروهای ضدافسردگی داده‌اند علائم باقی‌مانده (در بسیاری از آنان تا حدود ۴۵ درصد؛ فاوا، اوتولینی، و رونی، ۱۹۹۹) و عود بیشتری دارند (۶۰ درصد از کسانی که یک دوره داشته‌اند باز هم آن را تجربه می‌کنند).

در مطالعات بزرگسالان، درمان شناختی-رفتاری برای نشانه‌های باقی‌مانده و پیشگیری از عود استفاده شده بود. فاوا و همکاران (۲۰۰۴، الف) به این نتیجه رسیدند که ارائه درمان شناختی-رفتاری (شامل آموزش اصلاح سبک زندگی، و بهزیستی بعد از درمان مرحله حاد است) در کاهش نشانه‌ها و پیشگیری از عود بسیار مفید است. به‌علاوه، آنان به این نتیجه رسیدند با توجه به اینکه درمان برای کمک به بیماران بهبودیافته ارائه شده بود، کسانی که کمتر بیمارند نیاز به جلسات کمتری دارد (۱۰ جلسه یک‌هفته در میان؛ در مقابل ۱۶ تا ۲۰ جلسه که در بیشتر کارآزمایی‌های بالینی درمان شناختی-رفتاری ارائه شده است). میزان اثربخشی مرحله میانی درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانگان و پیشگیری از عود مستند است (اسکات، پالمر، پایکل، تیزدل، و هی‌هارست، ۲۰۰۳).

مرحله میانی درمان شناختی-رفتاری بعد از دارودرمانی در مرحله حاد، مناسب‌ترین راهبرد درمانی برای کاهش عود و وقوع مجدد بیماری در بزرگسالان است (جدول ۲-۱). گرچه در مطالعات، رویکردهای درمانی متنوع است (مثل درمان بهزیستی، ذهن‌آگاهی)، همه مطالعات از درمان شناختی-رفتاری استفاده کرده‌اند.

اخیراً تلاش‌هایی برای ارتقای سلامت یا روان‌شناسی مثبت‌نگر انجام شده که شاید برای درمان نوجوانان بهبودیافته دست درمانگران را بگیرند. ریف و سینگر (۱۹۹۶) مدلی برای تعریف ابعاد سلامتی در بزرگسالان فراهم کردند که بعدها با مداخله‌های پیشگیری از عود در بزرگسالان بهبودیافته ادغام شد (فاوا و همکاران، الف). سلیگمن (سلیگمن و چکسنتمیهایی، ۲۰۰۰) و جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر تأکید داشتند که درمانگران برای پیشگیری از بیماری توجه بیشتری به تقویت نقاط قوت و ایجاد ویژگی‌های مثبت (از جمله خوش‌بینی) داشته باشند (داکوورث، استین، و سلیگمن، ۲۰۰۵؛ کوبا و همکاران، ۲۰۱۱).

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

کارآزمایی (سال)	نمونه	درمان حاد	طول درمان حاد	درمان میانی	نتایج
بوکتینگ و	۱۸۷ نفر با اختلال	کنترل نشده؛ بیش از ده هفته؛ اما	نامشخص	CT+TAU در مقایسه با TAU (دارو)	تفاوتی بین گروها نبود؛ در بیماران

همکاران (۲۰۰۵)	افسردگی اساسی راجعه	کمتر از دو سال		کنترل نشده (بود)	دارای ۵ دوره یا بیشتر، با عود کمتر همراه بود.
فاوا و همکاران (۱۹۹۴)، ۱۹۹۶، (۱۹۹۸)	۴۰ نفر	داروهای ضدافسردگی	۱۲ تا ۲۰ هفته	CBT+MM در مقایسه با MM (دُز همه داروها در ابتدای مرحله میانی درمان کاهش یافت)	عود در ۲ سال (۰/۱۵ تا ۰/۳۵ درصد)؛ CBT+MM علائم باقی مانده را بیشتر کاهش داده بودند.
جارت و همکاران (۲۰۰۱)	۱۵۶ نفر	CT در مقایسه با گروه کنترل	۲۰ جلسه	CT در مقایسه با گروه کنترل	مرحله میانی نرخ عود را کاهش داده بود.
پایکل و همکاران (۱۹۹۹)	۱۵۸ نفر	ضدافسردگی	کمتر از ۸ هفته	CBT+MM در مقایسه با MM	عود (۰/۲۹) مقابل (۰/۴۵ درصد)
پرلیز و همکاران (۲۰۰۴)	۱۳۲ نفر	فلوکستین	۸ هفته	CBT+MM در مقایسه با MM	عود (۰/۶) در مقابل (۰/۸ درصد)
پیترسون و همکاران (۲۰۰۴)	۳۹۱ نفر	فلوکستین	۸ هفته	CBT+MM در مقایسه با MM	تفاوت چشمگیری بین نمره‌های مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون وجود نداشت؛ CBT+ دارودرمانی تغییر مثبتی در سبک‌های اسناددهی داشت.
تیزدل و همکاران (۲۰۰۰)	۱۴۵ نفر با اختلال افسردگی راجعه	کنترل نشده (هیچ دارویی در ۱۲ هفته گذشته استفاده نشد)	نامشخص	MBCT در مقایسه با TAU (دارو مجاز نبود)	تفاوتی بین درمان دو، سه، یا چند دوره نبود؛ MBCT ۰/۴۰ درصد در مقایسه با TAU ۰/۶۰ درصد.

**نکته:** CT: شناخت درمانی؛ CBT: درمان شناختی- رفتاری؛ MBCT شناخت- درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ MM مدیریت پزشکی؛ TAU: درمان معمولی.

مطالعات کمی راهبردهای پیشگیری از عود را در نوجوانان بررسی کرده‌اند. تا امروز، برای نوجوانانی که در مرحله میانی مداخله درمان شناختی- رفتاری شرکت کرده بودند، چهار کارآزمایی انجام شده است که نتایج یکی از آنها مثبت (کرول، هارینگتون، جیسون، فراسر، و گوورز، ۱۹۹۶) و یکی

منفی بود (کلارک، رُده، لوینسون، هاپس، و سیلی، ۱۹۹۹). با این حال در هر دو کارآزمایی بالینی درمان مرحله حاد شناختی- رفتاری بود. به علاوه، در کارآزمایی منفی شواهدی وجود داشت که نشان می‌داد مرحله میانی شناختی- رفتاری برای آنانی که تا پایان مرحله حاد به طور کامل بهبود پیدا نکرده بودند مفید بود. کنارد و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خطر عود در نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ سال که با درمان‌های متوالی درمان شده‌اند تا ۸ برابر کمتر است. این پژوهش امکان‌سنجی، قابلیت پذیرش، و اثربخشی اولیه مرحله میانی درمان شناختی- رفتاری (پیشگیری از عود) بعد از درمان حاد افسردگی را نشان داد. در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده طی ۳۰ هفته درمان، این نتایج به این صورت تکرار شد که کسانی که پس از درمان شناختی- رفتاری ۶ هفته داروی ضدافسردگی مصرف کردند در مقایسه با کسانی که فقط دارو مصرف کردند نرخ عود کمتری داشتند (۰/۹ درصد در مقابل ۰/۲۶/۵ درصد؛ کنارد و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین این مطالعه نتیجه گرفت آنانی که با درمان شناختی- رفتاری درمان شده‌اند سالم‌تر و نیازمند دوز پایین‌تری از داروی ضدافسردگی هستند (کنارد و همکاران، ۲۰۱۴).

این کتاب راهنمای درمان استفاده‌شده در آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده در بالا را با جزئیات شرح می‌دهد (کنارد و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۱۴). هدف این کتابچه راهنما کسانی هستند که پاسخ مطلوبی به مرحله حاد درمان داده‌اند و برای اجرا در مرحله میانی طراحی شده است. به علاوه، طرح پیشگیری از عود مجدد در درمان شناختی- رفتاری نشانه‌های باقی‌مانده را هدف قرار می‌دهد و به کودک مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که باعث کاهش این نشانه‌ها و مانع از وقوع مجدد می‌شود. به علاوه، راهکارهای بهبودی و تغییر سبک زندگی را نیز در درمان گنجانده‌ایم که باعث طولانی شدن دوره بهبودی می‌شود.

این درمان طوری طراحی شده که به عواملی که باعث عود در کودک و نوجوان می‌شود (مانند احساسات و هیجان‌های بیان‌شده زیاد، و تعارض‌ها و اختلاف‌نظرهای خانوادگی) می‌پردازد (آسارنو، گلدشتاین، تامپسون، گاتری، ۱۹۹۳؛ بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۰) به علاوه، ما دریافتیم عوامل شناختی مشخصی مانند سبک‌های اسناد منفی و واکنش‌پذیری شناختی باعث وقوع مجدد می‌شوند (هامن، ۱۹۹۲؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۱). کودکانی که افسردگی دارند موقع رویارویی با استرس‌ها یا تغییرات (مثبت یا منفی) در معرض خطر طرحواره‌ها و اسنادهای منفی هستند (کاری و کریاگهد، ۱۹۹۰). از این رو، درمان برای مقابله با این طرحواره‌ها و اسنادهای منفی طراحی شده تا وقتی فرد با عوامل استرس‌زا و حتی پیامدهای مثبت مواجه می‌شود آن را به کار ببندد (جیکاکس، ریویج، گیلهم، و سلیگمن، ۱۹۹۴؛ سلیگمن، استین، پارک، و پیترسون، ۲۰۰۵). در نهایت، هدف درمان علائم باقی‌مانده است. علائم باقی‌مانده رایج در بزرگسالان شامل

---

۱ expressed emotions  
۲ attributional style  
۳ cognitive reactivity

تحریک‌پذیری، اضطراب، و تعارض‌های بین‌فردی است (فاوا و همکاران، ۱۹۹۱)، در حالی که نشانه‌های باقی‌مانده در نوجوانان شامل اختلال خواب و خلق، خستگی، و مشکلات تمرکز است (کنارد و همکاران، ۲۰۰۶). مؤلفه‌های درمانی که به نشانگان باقی‌مانده می‌پردازند در راهنمای درمان لحاظ شده‌اند. همچنین در این راهنمای درمانی مداخلاتی برای خانواده گنجانده شده که مانع از بروز عوامل زمینه‌ساز (مثل هیجان بیان‌شده) عود می‌شوند.

## مرور و چارچوب منطقی

هدف کلی پیشگیری از عود در درمان شناختی—رفتاری توسعه راهبردهای مادام‌العمر برای پیشگیری از افسردگی و ترویج سلامت روان است. پیشگیری از عود در درمان شناختی—رفتاری با استفاده از راهبرد درمان متوالی که در آن بیماران اول با داروهای ضدافسردگی، به‌ویژه فلوکسیتین، درمان می‌شوند، برای بهبود نتایج درمان در مرحله حاد و میانی درمان نوجوانان مبتلا به افسردگی تدوین شده است (کنارد و همکاران، ۲۰۱۴). فرانک و کوپر (۱۹۹۱) بسته به شرایط، توصیه‌هایی کرده‌اند که اکثریت روی آن اتفاق نظر دارند. اهداف درمان مرحله حاد شامل پاسخ بالینی و کم کردن علائم است. این مرحله معمولاً ۶ تا ۱۲ هفته طول می‌کشد و در مرحله پیشگیری از عود در درمان شناختی—رفتاری به کاوش علائم باقی‌مانده می‌پردازد تا بتوان به بهبودی و تقویت عملکرد کلی رسید. اهداف درمانی مرحله میانی شامل پیشگیری از عود علائم دوره‌های درمان‌شده است. این مرحله ۶ تا ۹ ماه طول می‌کشد (بیرماهر و همکاران، ۲۰۰۷؛ امسلی و همکاران؛ ۲۰۰۸) و بر پیشگیری از عود و وقوع مجدد افسردگی و بهبود سلامت تمرکز دارد. به‌طور خلاصه، این برنامه درمانی برای افزایش بهبودی، کاهش علائم باقی‌مانده، افزایش سلامت، و کاهش عود طراحی شده است.

پیشگیری از عود در درمان شناختی—رفتاری در قالب یک راهکار درمانی متوالی ایجاد و آزمون شد. منطق این رویکرد بهبود سریع شرایط بالینی (مثل خلق، تمرکز، و انرژی) از طریق داروهای ضدافسردگی و سپس بهینه‌سازی دست‌آوردهای درمانی با معرفی مؤلفه‌های روانی-اجتماعی در زمانی است که نوجوانان تمایل بیشتری به درمان و کاهش علائم افسردگی داشته باشند. به‌علاوه، معرفی درمان‌های اضافه نشانه‌های باقی‌مانده را که پیش‌بین عود مجدد هستند خاص‌تر مورد هدف قرار می‌دهد. به تعویق انداختن روان‌درمانی می‌تواند باعث کوتاه شدن جلسات و درمان متمرکزتر شود. حتی اگر افزودن درمان شناختی—رفتاری هزینه‌های درمانی را افزایش دهد، روان‌درمانی فشرده‌ای که از وقوع مجدد و بازگشت افسردگی پیشگیری کند در مجموع به‌صرفه‌تر است (اسکات و همکاران، ۲۰۰۳).

ما کاوشگران معمولاً درمان مرحله حاد را بازگشت خلق نوجوانان به سطح پایه یا خنثی تعریف می‌کنیم. در مقابل، در پیشگیری از عود شناختی - رفتاری (در مراحل حاد و میانی) هدف نه‌تنها بهبود خلق بیمار برای رسیدن به خط پایه، بهبود خلق او برای رسیدن به حالتی بالاتر از



نقطه خنثی است. برنامه‌های درمانی برای مرحله حاد افسردگی شامل راهبردهایی برای افزایش شناخت‌های مثبت است؛ هرچند، تمرکز این مداخلات بسیج فرد علیه رفتارها و شناخت‌های زمینه ساز افسردگی است. ویژگی عمده پا سخ اولیه به درمان افسردگی کاهش شناخت منفی است، که فرصت را برای راهبردهای پیشگیرانه و تقویت راهبردها فراهم می‌کند. این مدل درمانی نه تنها برخی ویژگی‌های درمان مرحله حاد را به اشتراک می‌گذارد (به‌ویژه در جایی که علائم باقی‌مانده برجسته‌تر هستند)، شامل تغییر کیفی و تمرکز بر راهبردهایی می‌شود که سطح خلق و فعالیت را تا بالای خط پایه می‌رسانند. بنابراین، ما در این برنامه درمانی نوجوانان را نه تنها از چشم‌انداز مدل نقص‌مدار (کاهش خلق و شناخت‌های منفی)، با تمرکز بر افزایش نقاط قوت، تجربیات مثبت، خلق، و شناخت بررسی می‌کنیم. به‌طور خلاصه، هدف درمان نبود بیماری و کسب سلامت است. نتیجه، رویکرد درمانی زیر می‌شود:

۱. مهارت‌های مقابله با خلق ناسازگار و کاهش استرس (برنت، بریج، و بانر، ۲۰۰۰؛ برنت و پولینگ، ۱۹۹۷؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ کری و همکاران، ۲۰۰۰؛ فاوا و همکاران، ۱۹۹۸؛ جارت و کرافت، ۱۹۹۷؛ استارک و همکاران، ۲۰۰۷؛ الف و ویلکس، بلشر، راش، و فرانک، ۱۹۹۴).

۲. راهبردهای ارتقای سلامت و رفاه (تسلط، احترام مثبت به خود، هدف‌گزینی، روابط با کیفیت، حل مسئله اجتماعی، خوش‌بینی؛ جی کاکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۶؛ سگال، ویلیامز، و تیزدل، ۲۰۰۲؛ سلیگمن، چک‌سنتمیهای، ۲۰۰۰؛ اسنایدر و لویز، ۲۰۰۵).

## مؤلفه‌های پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری

پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری از درمان حاد شناختی- رفتاری برای افسردگی متفاوت است. هدف درمان شناختی- رفتاری حاد، درمان دوره افسردگی جاری است در حالی که هدف پیشگیری از عود درمان علائم باقی‌مانده و پیش‌بینی چالش‌های آینده بر اساس تجربیات گذشته بیمار است. به‌علاوه، پیشگیری از عود راهبردهای اصلی کمتر، آموزش کمتر، و تمرین بیشتری از درمان شناختی- رفتاری حاد سنتی دارد. از آنجایی که بیماران قبل از شروع برنامه به درمان پاسخ داده‌اند، درمان مختصرتر و متمرکزتر می‌شود. درمان بر اساس ویژگی‌های فردی طراحی می‌شود، و از مهارت‌های اصلی و جانبی برای کاهش علائم باقی‌مانده و پیشگیری از عود استفاده می‌شود. جنبه‌های دیگر پیشگیری از عود در بخش‌های زیر خلاصه شده است.

## آموزش روان‌شناختی در مورد افسردگی، بهبودی، و عود

در حالی که خیلی از برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری حاد شامل آموزش روانی در مورد افسردگی هستند، پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری آموزش گسترده‌تری ارائه می‌دهد که شامل ارائه اطلاعات درباره ماهیت دوره‌ای افسردگی، بهبودی به‌عنوان هدف درمان، و خطر عود و بازگشت افسردگی است. برای اینکه بیماران بدترین نشانه‌های افسردگی و علائم باقی‌مانده آن را درک کنند، تشویق می‌شوند یک جدول زمان‌بندی (که در زیر آمده) درست کنند. به‌علاوه، درمانگران و بیماران می‌توانند برای پیگیری شدت علائم و تغییرات از مقیاس‌هایی چون پرسشنامه تشخیص سریع نشانه‌های افسردگی (ابزار خودگزارشی ۱۶ گویه‌ای؛ راش و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۹۲)، یا مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی (رادلوف، ۱۹۹۷) استفاده کنند. نوجوانان تشویق می‌شوند روش‌هایی را برای ردگیری خلق خود تدوین کنند؛ مثلاً از دفتر ثبت روزانه خلق یا برنامه‌های پیگیری خلق در تلفن همراه استفاده کنند. به بیماران آموزش بیشتری درباره بازگشت و عود داده می‌شود تا نوجوانان و خانواده‌هایشان ضرورت پیگیری خلق و نشانه‌ها را در طول زمان درک کنند و یاد بگیرند وقتی نشانه‌ها را شناسایی کردند چگونه به آنها پاسخ دهند.

این مؤلفه باعث تقویت باروری در بیماران می‌شود که برای پیشگیری از عود و وقوع مجدد در بیماران افسرده ایجاد راهبردها و تغییرات دائمی مهم است. خاصه تأکید بر تغییر دائمی سبک زندگی است. درمانگران آن را با تغییر سبک زندگی در افراد دارای بیماری قلبی مقایسه می‌کنند: پس از حمله قلبی تغییرات بسیار بیشتری نسبت به مرحله حاد بیماری نیاز است؛ رژیم غذایی، ورزش، و دیگر تغییرات سبک زندگی برای سلامتی ضروری هستند.

### جدول زمان‌بندی

در ابتدای طرح پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری یک جدول زمان‌بندی با بیماران و خانواده‌های آنان تنظیم می‌شود که شامل بازبینی عوامل استرس‌زای گذشته بیمار، علائم باقی‌مانده فعلی، نقاط قوت و مهارت‌ها، و اهداف درمان است. مهم‌ترین هدف جدول زمان‌بندی کمک به بیمار است تا چالش‌های بالقوه و موانعی را شناسایی کند که منجر به عود بیماری می‌شوند. این جدول زمان‌بندی حکم مدل مفهومی برای درمان را دارد. به‌علاوه، با کاهش تعداد جلسات و افزایش فاصله‌های زمانی بین جلسات این جدول به افزایش تداوم و تمرکز می‌انجامد.

جدول زمان‌بندی ساختاری برای شخصی‌سازی، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، و یکپارچه‌سازی درمان است. نوجوان به کمک درمانگر در حین درمان مهارت‌های جدیدی را در خود خلق، نقاط

قوت خود را تحکیم، ماشه‌چکان‌ها را شناسایی، موارد استرس‌زا را شناسایی، و شیوه‌های تفکر جدیدی دربارهٔ خود و جهان ایجاد می‌کند. همچنین، جدول زمان‌بندی منبع ارجاع مهارت و راهبردهای سلامت است.

جدول زمان‌بندی با همکاری درمانگر و بیمار تدوین می‌شود و درمان را هدایت می‌کند. داشتن دفترچهٔ راهنما در تهیهٔ این جدول به درمانگر کمک می‌کند. کاوش عوامل استرس‌زای گذشته و نشانگان بیماری، نقاط قوت و مهارت‌های کنونی، و علائم باقی‌مانده / مشکلات، چالش‌های مورد انتظار، موانع پیش رو، اهداف مدنظر نوجوان، و موفقیت‌های مورد انتظار چارچوبی برای تهیهٔ جدول زمان‌بندی هستند. برعکس مرحلهٔ حاد که تمرکز اصلی روی زمان حاضر و تأکید بر توسعهٔ سریع مهارت‌ها و انجام فعالیت‌های کاهش‌دهندهٔ تحریک‌پذیری است، در مراحل بعدی مسئلهٔ مهم این است که گذشته (افسردگی حاد و علائم آن) را با چشم‌انداز آینده‌نگر (پیشگیری از افسردگی در آینده) ترکیب کنند.

### مهارت‌های درمان شناختی- رفتاری برای پرداختن به افسردگی

مهارت‌های اصلی پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری منحصر به این درمان نیست، ولی ویژگی منحصر به فرد این درمان کوتاه‌مدت آن است که مهارت‌های اصلی و حوزهٔ کوچک‌تری از مهارت‌ها انتخاب می‌شوند. در پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری مهارت‌های اصلی برای پرداختن به افسردگی و کاهش استرس شامل موارد زیر است: مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری (استارک، رینولدز، کاسلو، ۱۹۸۷)، بازسازی شناختی (برنت و همکاران، ۱۹۹۷)، و حل مسئله (باتلر، میتزیتس، فریدمن، و کول، ۱۹۸۰؛ استارک و همکاران، ۱۹۸۷). تحقیقات نشان می‌دهد کودکانی که دورهٔ افسردگی داشته‌اند در معرض خطر فعال شدن دوبارهٔ طحوراره‌ها و اسنادهای منفی در مقابله با استرس یا تغییرات (مثبت یا منفی؛ کوری و گریگ هد، ۱۹۹۰) هستند. بنابراین در تلاش برای مقابله با این طحوراره‌ها و اسنادهای منفی ما سبک‌های اسناد و سبک تبیین فرد را هنگام روبه‌رو شدن هم با نتایج مثبت و هم استرس‌ها بررسی می‌کنیم (جی‌کاکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ سلیگمن، اسکالمن، دی‌رابیس و هالون، ۱۹۹۹). ما متوجه شدیم نوجوان هر چه راهبردهای اصلی کمتری داشته باشد، زمان کمتری را به تمرین و ادغام مهارت‌ها در زندگی اختصاص می‌دهد. بنابراین سه راهبرد اصلی (مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری، افکار خودآیند منفی / بازسازی شناختی، و حل مسئله) به نوجوانان آموزش داده می‌شود و در مورد نشانگان باقی‌مانده و اهدافی که ممکن است به‌طور بالقوه به عود بیماری منجر شوند، به کار برده می‌شوند. بر تمرین این مهارت‌ها بین

۱ Behavioral Coping Skills

۲ Cognitive Restructuring

۳ Problem Solving

۴ explanatory style

۵ automatic negative thoughts

جلسات تأکید می‌شود. در هر جلسه بر اساس دستور جلسه، مشکلات، جدول زمان‌بندی، درمان، و اهداف زندگی نوجوان یک مهارت بررسی می‌شود. در اینجا باز هم تعداد کمتر جلسات در درمان پیشگیری از عود شناختی- رفتاری اهمیت اتخاذ رویکرد عملی را برجسته می‌کند.

### باورهای اصلی (خود- باوری‌ها)، طرح‌واره‌های مثبت خویشتن، و سبک‌های اسناد

در پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری از طریق طرح درمان روی بازسازی شناختی تأکید می‌شود. پژوهش‌ها از این رویکرد خاص در نوجوانان حمایت می‌کنند (بنت و همکاران، ۱۹۹۷؛ بریج و برنت، ۲۰۰۴؛ هالون و همکاران، ۲۰۰۵). حتی قبل از اولین جلسه درمانگر بر اساس اطلاعات مرحله‌ حاد، درمان دارویی، و خودگزارشی‌های بیمار مفهوم‌سازی اولیه را پیش‌نویس می‌کند. با ادامه فرآیند درمان این مفهوم‌سازی آزمایش شده و بسط داده می‌شود. در این برنامه هدف این است که هر چه زودتر به باورهای اصلی نوجوانان برسیم (در حالت ایده‌آل در جلسه اول). این فرآیند شامل آموزش به نوجوانان درباره باورهای اصلی (خود- باوری‌ها) و تشویق آنان به آزمون این باورها از طریق جمع‌آوری شواهدی (۱) علیه خود- باوری‌های منفی و (۲) در جهت یا در حمایت از طرح‌واره‌های مثبت خویشتن (بک، ۱۹۹۵). معمولاً باورهای اصلی به دو دسته تقسیم می‌شوند: «من بی‌کفایت‌م» و «من دوست‌داشتنی نیستم» (بک، ۱۹۹۵). در این برنامه به سه دسته از خود- باوری‌ها می‌پردازیم: «من کافی نیستم»، «من بی‌ارزش‌م» و «من دوست‌داشتنی نیستم» (ک. استارک، مکاتبه شخصی، ۲۰۰۵). خود- باوری‌ها و طرح‌واره‌های مثبت خویشتن در جلسه اول و دوم مطرح می‌شوند. جلسه سوم فقط به باورهای اصلی، طرح‌واره‌های مثبت خویشتن، و بازسازی شناختی اختصاص داده شده است.

پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری بر اسناد نسبت به رویدادها و کارهای مثبت برای ساخت طرح‌واره‌های مثبت خویشتن و سبک خوش‌بینانه تأکید دارد. هرچند این هدف رویکردهای سنتی درمان شناختی- رفتاری است، در درمان پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری چون با شروع برنامه نشانه‌های افسردگی نوجوان (و همراه با آن برخی از افکار افسرده‌ساز)، تا حدی بهبود یافته، او بهتر می‌تواند تمرکز کرده و اسنادهای مثبت را یکپارچه کند. چون نوجوانان درگیر افسردگی روی نتایج منفی تمرکز می‌کنند، درمان مرحله حاد اغلب روی کاهش اسنادهای درونی، ثابت، و کلی تأکید می‌کند. با کاهش علائم افسردگی و بهبود خلق و فعالیت، نوجوانان دسترسی بیشتری به رویدادهای مثبت دارند و همین به درمانگر اجازه می‌دهد شناخت‌های مربوط به این رویدادها را برجسته کند. پیشگیری از عود با زیر سؤال بردن اسنادهای بیرونی و متغیر و ارائه توصیف درونی و ثابت از رویدادهای مثبت حمایت می‌کند.

## پیشگیری از عود و سلامتی

پیشگیری از عود شامل کاهش عوامل منفی مرتبط با افسردگی و افزایش عوامل مثبت مرتبط با ارتقای بهزیستی است. منظور از بهزیستی ارزیابی شناختی و هیجانی فرد از کیفیت زندگی خود است (دینر، ۱۹۸۴). اخیراً علاقه به روان‌شناسی مثبت‌گرا و تمرکز بر ایجاد تجربیات و صفات مثبت در افراد بیشتر شده است (سلیگمن، چکسنتمیپهای، ۲۰۰۰). فراتحلیلی دربارهٔ پژوهش‌هایی که در آنها از مداخلات روانی مثبت برای کودکان و بزرگسالان استفاده کرده‌اند، حاکی از نتایج خوب برای درمان افسردگی است (سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹). فاوا و همکاران (۱۹۹۸)، بر اساس مدل ریف و سینگر (۱۹۹۶) در مورد بهزیستی روانی، راهبردهای سلامت را برای جمعیت بالینی بزرگسالان به‌کار برده‌اند. این افراد از بیماری عاطفی بهبود یافته بودند اما همچنان علائم باقی‌مانده داشتند. در این پژوهش، نتایج حاکی از کاهش عود و علائم در کسانی بود که در مرحلهٔ میانی درمان شناختی- رفتاری و درمان بهزیستی را دریافت کرده‌اند. فاوا درمان بهزیستی خود را بر اساس شش بُعد سلامت ریف و سینگر بنا گذاشت: خود-پذیری، ارتباط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی، و رشد فردی. درمان بهزیستی برای پیشگیری از عود در بزرگسالان مبتلا به اختلال عاطفی نیز به‌کار برده شده است. کار مشابه با کودکان و بزرگسالان در معرض خطر انجام شده است (گیلهام و همکاران، ۲۰۱۲؛ جی‌کاکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۱) که بر تغییر سبک تبیین و رشد مهارت‌های حل مسائل اجتماعی برای پیشگیری از دوره‌های افسردگی در آینده متمرکز شده است.

در پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری مهارت‌ها/ نقاط قوت مرتبط با سلامت را ارزیابی و رویشان تکیه می‌کنیم که نوجوانان و خانواده‌ها با خود به درمان می‌آورند. این برنامه به‌ویژه روی راهبردهایی تأکید دارد که سلامت و بهبودی را ارتقا می‌دهند (اقتباس از جی‌کاکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۶؛ سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۰): (۱) خود-پذیری، (۲) سلامت اجتماعی، (۳) موفقیت، (۴) اهداف شخصی، (۵) آرامش، و (۶) معنویت. خود-پذیری شامل راهبردهایی برای رشد طرح‌واره‌های مثبت خویشتن و سبک‌های مثبت تبیین است. سلامت اجتماعی شامل تمرکز روی برنامه‌ریزی و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تقویت مهارت‌های اجتماعی و حل مشکلات اجتماعی است. مؤلفهٔ موفقیت بر استقلال و تسلط، و مؤلفهٔ اهداف روی هدف‌گزینی تمرکز می‌کند. تأکید مؤلفهٔ آرامش در طرح سلامت بر برنامه‌ریزی برای آرامش و استراحت است. در نهایت، مؤلفهٔ معنویت تعریف گسترده‌ای دارد و برای هر بیمار تعریفی شخصی دارد و شامل مراقبه، نوع‌دوستی، قدردانی، ارزش‌ها، و اشکال سنتی‌تر معنویت مثل باورهای مذهبی می‌شود (پارگامنت و ماهونی، ۲۰۰۵). هدف پیشگیری از عود در درمان شناختی- رفتاری، شناسایی نقاط قوت یا منابع معنوی بیمار و تقویت جنبه‌هایی از معنویت است که در حال حاضر در بیمار هست. هرچند مطالعات تجربی کمی در مورد کاربست معنویت در درمان وجود دارد، داده‌های

اولیه در زمینه روان‌شناسی مثبت نشان می‌دهد توجه به این مؤلفه می‌تواند مداخله مؤثری باشد (فریش، ۲۰۰۶؛ مک‌کلاگ، ۱۹۹۹؛ پروست، استروم، واتکینز، دین، و ماشبورن، ۱۹۹۲).

## پیشگیری از عود در درمان شناختی-رفتاری

### ساختار و ترتیب جلسات

مداخلات اولیه در پیشگیری از عود در درمان شناختی-رفتاری، آموزش روانی دربارهٔ پیشگیری از عود، معرفی، و تمرین مهارت‌هایی برای مدیریت خلق، شناسایی عوامل عود، راهبردهای خاص برای هر عامل، و بسط مهارت‌های سلامت در نوجوانان می‌باشد. به کودکان و خانواده‌هایشان آموزش روانی داده می‌شود، بر اساس ارزیابی عوامل خطر که باعث عود می‌شود مهارت‌هایی برای کودک و خانواده انتخاب می‌شود، و راهکارهای مناسبی برایشان در نظر گرفته می‌شود که در اوایل درمان شناسایی می‌شوند. همچنین، درمان شامل بسط مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری، مدیریت افکار خودآیند منفی، بازسازی شناختی، حل مسئله، و کاهش عواطف منفی در خانواده است. تمرین مهارت‌های اصلی و کاربردی آنها برای مشکلات فردی مورد تأکید قرار می‌گیرد. مهارت‌های تکمیلی شامل تنظیم هیجان، مهارت‌های اجتماعی، آموزش جرأت‌ورزی، آموزش تن‌آرامی، و بهداشت خواب هم به کمک درمانگر می‌آیند تا مهارت‌های اصلی را برای مسائل رایج نوجوانان به کار ببرد. سایر راهبردهای تکمیلی عبارت‌اند: از راهبردهای پیشنهادی برای علائم باقی‌ماندهٔ رایج مثل بی‌حوصلگی، اضطراب، عزت‌نفس، تکانشگری، تحریک‌پذیری، ناامیدی، تعارض بین‌فردی، و پایبندی (به‌علاوه، دستورالعمل‌هایی برای مدیریت اقدام به خودکشی نیز در ضمیمه گنجانده شده است).

### مراحل درمان

پیشگیری از عود در درمان شناختی-رفتاری شامل سه مرحله است که در کارآزمایی بالینی شش ماهه انجام شده است. درمان به‌صورت کوتاه‌مدت از ۸ تا ۱۱ جلسه طراحی شده است. میانگین تعداد جلسات در کارآزمایی کنترل‌شدهٔ تصادفی ۹ جلسه بود (کنارد و همکاران، ۲۰۱۴). هرچند، تعداد جلسات را می‌توان بر اساس نیازهای بالینی تغییر داد (افراد دارای علائم باقی‌ماندهٔ بیشتر یا بیماری مزمن‌تر؛ شکل ۱-۴ را ببینید).

### مرحله اول

در چهار جلسه اول نوجوانان و خانواده‌هایشان هر هفته ملاقات می‌شوند. در جلسات اول و دوم آموزش روانی مشترک داده می‌شود. اهداف این مرحله معرفی مهارت‌های اصلی، ارزیابی و شناسایی باورهای اصلی، و شناسایی و افزایش نقاط قوت و سلامت نوجوان (ایجاد طرحواره‌های مثبت خویشتن) است. جلسه اول شامل ارزیابی عوامل عود، نقاط قوت فرد، و ارزیابی اهداف شخصی و درمانی است (با استفاده از جداول زمانی علائم گذشته، حال، و مشکلات مورد انتظار آینده) که هم در جلسه فردی و هم مشترک با والدین انجام می‌شود. در جلسه دوم طرح درمان و مهارت‌هایی که قرار است آموزش داده شوند، مرور و تصحیح می‌شود و با همکاری نوجوان و خانواده‌اش اهداف درمان را تعیین می‌کنیم. همچنین، مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری و آموزش سلامت نیز معرفی می‌شوند. در جلسه مشترک، آموزش روانی پیشگیری از عود مرور شده و مهارت‌های کاهش عواطف منفی خانواده معرفی می‌شوند. در جلسه سوم مهارت‌هایی را که در جلسه دوم کسب کرده‌اند مرور کرده و با تأکید بر طرحواره‌های مثبت خویشتن به بحث مدیریت افکار خودآیند منفی و بازسازی شناختی می‌پردازیم. جلسه چهارم بر حل مسئله به‌عنوان آخرین مهارت اصلی تمرکز دارد. مهارت‌های جدید به جدول زمان‌بندی اضافه می‌شوند تا معلوم شود چگونه باعث کاهش علائم افسردگی (رویدادهای گذشته در جدول زمان‌بندی)، حفظ دست‌آوردها، و مدیریت خلق (در حال و آینده) می‌شوند.