

تلوایحات کاربردی همبودی اضطراب و افسردگی در نظریه شناختی - رفتاری: به سوی روان‌درمانی پاسخگو

دکتر لادن فتی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

lfata@yahoo.com

این همبودی چه تلویحاتی در درمان شناختی رفتاری این دو اختلال خواهد داشت؟ در این نوشتار تلاش خواهد شد تا با مرور و تلفیق اطلاعات بدست آمده در پژوهش‌های مختلف، رابطه این دو اختلال و تلویحات درمانی این همبودی بررسی شود. هدف مقاله رسیدن به درمان یا پیشگیری مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری "پاسخگو" به نیاز جامعه است.

شواهد بالینی و پژوهشی حاکی از پیوند اضطراب و افسردگی کم نیستند. کسانی که تجربه کار بالینی دارند، اذعان دارند که مشاهده‌ی افراد مبتلا به افسردگی که اضطراب را تجربه نمی‌کنند، تقریباً غیر ممکن است و تعداد اندکی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، از افسردگی رنج نمی‌برند. شواهد پژوهشی نیز در حمایت از این پیوند وجود دارند. برای نمونه، نشان داده شده است که اضطراب یک "عامل هسته‌ای" دارد. مینکا، واتسون و کلارک (۱۹۹۸) این عامل کلی را برای اختلالات اضطرابی معرفی کرده‌اند و آن را عاطفه‌مندی منفی نامیده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که این عامل هم در اضطراب و هم در افسردگی، بار فراوانی را به خود اختصاص می‌دهد و هسته‌ی کلیه اختلالات هیجانی است. این عامل که سازه اصلی "اختلال اضطراب منتشر" است، حدود ۵۰٪ سازه‌ی زیربنایی تقریباً تمامی اختلالات طبقه بندی شده در DSM را تشکیل می‌دهد و در افسردگی نیز حضور و وزن قابل توجهی دارد (واتسون، ۲۰۰۵). شواهدی نیز از حوزه رشد کودک و نوجوان (نظریه دلبستگی، بازداری رفتاری کودک، مدل‌های تاب-آوری در کودکان)، از نظریه‌های شناختی رفتاری اضطراب و افسردگی (مدل‌های شرطی‌سازی، نظریه اسناد، نظریه طرحواره) و از نظریه‌های عمومی آسیب شناسی اختلالات هیجانی (مدل سه بخشی اضطراب و افسردگی، مدل‌های زیست‌شناختی اضطراب، مدل استرس و مقابله)، وجود دارند که نشان می‌دهند اضطراب و افسردگی دو پدیده مستقل نیستند (بارلو، ۲۰۰۲؛ براون و همکاران، ۱۹۹۸).

تلفیق این نظریه‌ها، مدل‌ها و یافته‌ها ما را به این سمت و سو هدایت می‌کند که یک پیش‌آمدگی زیستی به شکل بازداری رفتاری برای اضطراب وجود داد. کانون ذهنی این پیش‌آمدگی در سلسله اعصاب مرکزی است و اصطلاحاً BIS نامیده می‌شود. BIS یک سیستم مغزی کارکردی است که شامل هیپوکامپوس، ناحیه سیتال، مدار پایز (شامل دروندادهای نئوکورتکسی به سیستم سپتوهیپوکامپال، دروندادهای دوپامینرژیک بالا رونده به کرتکسکس پره فرونتال، دروندادهای کولینرژیک بالا رونده به سیستم سپتوهیپوکامپال، درونداد نورآدرنرژیک به هیپوتالاموس و تارهای نورآدرنرژیک پایین رونده لوکوس سرولئوس نیز می‌شود (گری، ۱۹۸۲). افرادی که این سیستم در آنها بیش‌فعال است، مستعد تجربه اضطراب هستند و خصیصه نوروتیزم را دارند. اما دو تجربه‌ی بنیادین در زندگی این افراد، زیربنای اضطراب را تشکیل می‌دهند. باید توجه داشت که حتی اگر

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دو گروه از شایع‌ترین اختلالات هیجانی هستند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). گفته می‌شود بیش از ۲۰٪ افراد زمانی در زندگی خود اضطراب را به عنوان یک اختلال تجربه می‌کنند. همچنین پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۰، شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری، افسردگی خواهد بود. در ایران نیز گزارش شده است شیوع اختلالات اضطرابی معادل شیوع جهانی آن است و همچنین، افسردگی بالاترین بار را در میان اختلالات بانوان دارد. اضطراب و افسردگی هم به شکل غیر بالینی (در جمعیت عمومی)، هم به شکل اختلال، و هم همبود یا همایند با سایر اختلالات روانی و جسمی دیده می‌شوند. شیوع گسترده و تنوع جلوه‌های بالینی و غیر بالینی این دو وضعیت هیجانی به همراه بار مالی و اجتماعی قابل ملاحظه‌ای که بر جوامع تحمیل می‌کنند، دست‌اندرکاران حوزه بهداشت روان را به این نتیجه رسانیده است که هرگونه سرمایه‌گذاری در زمینه شناخت و درمان این دو اختلال مثمرتر خواهد بود. تلاش‌هایی که در جهت شناسایی این دو وضعیت هیجانی طی چند دهه گذشته در سراسر دنیا صورت گرفت باعث شد که جزئیات زیادی در باره این اختلالات شناسایی و دانسته شود. هم‌اکنون انواع مختلف اختلال خلقی تک‌قطبی، برای مثال اختلال افسردگی عمده، افسرده‌خویی، ملانکولی و ... معرفی شده‌اند؛ و طبقه‌بندی تفصیلی گونه‌های مختلف اختلالات اضطرابی نظیر اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس فکری عملی، گذرهراسی، اضطراب اجتماعی و ... نیز ارائه شده است. این طبقه‌بندی یا رویکرد تاکسونومیک، کار پژوهش درباره این دو وضعیت رایج و پرخسارت را تسهیل کرد. در هریک از این اختلالات، آسیب شناسی، مدل نظری بالینی و درمان به دقت مورد پژوهش قرار گرفته و محک علمی آنها همچنان ادامه دارد. ارائه چندین مدل برای تبیین آسیب‌شناختی و نیز درمان مبتنی بر شواهد این دو گروه اختلالات از جمله دستاوردهای این رویکرد بود. با این-حال دیری نپایید که تفکیک تاکسونومیک اضطراب و افسردگی، از سوی پژوهشگران مورد شک و تردید قرار گرفت و نوعی نگاه ابعادی به این دو اختلال پیشنهاد شد. ریزبینی پژوهشی و نظری، اگرچه منجر به شناسایی جزئیات فراوانی در باره این دو وضعیت هیجانی شد، ولی کار درمان و مداخله را بسیار تخصصی و پیچیده کرد به طوری که تعمیم یافته‌های آزمایشی به حوزه عمل و کاربرد بسیار دشوار و درموردی غیر ممکن شد. شواهد پژوهشی نشان دادند که شاید طبقه‌بندی کنونی اختلالات هیجانی به آن اندازه که در ابتدا تصور می‌شد، نه علمی باشد و نه کاربردی.

این مقاله به مرور شواهدی که حاکی از پیوند اضطراب و افسردگی هستند، می‌پردازد و تأثیر این یافته‌ها بر درمان شناختی رفتاری اضطراب و افسردگی را مورد بحث قرار می‌دهد. این نوشتار در پی آن است که دریابد آیا این دو اختلال یکی هستند؟ یا توالی تحولی هم به‌شمار می‌روند؟ و اگر چنین است،

فردی سیستم BIS فعال داشته باشد، در صورتی که این تجارب را نداشته باشد، اضطراب را تجربه نخواهد کرد. این دو عبارتند از "کنترل‌ناپذیری" و "پیش‌بینی‌ناپذیری". پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکانی که محیط رشد آنها به‌گونه‌ای است که این باور در آنان شکل می‌گیرد که کنترلی بر محیط ندارند، دچار یک پیش‌آمدگی روانی می‌شوند که آنها را مستعد تجربه اضطراب می‌کند. به این ترتیب تشکیل طرح‌واره‌های کنترل‌ناپذیری و پیش‌بینی‌ناپذیری، در دوران کودکی منجر به "توجه انتخابی" به اطلاعات حاکی از ناپایداری دنیا و آینده می‌شود. با شدت یافتن و تداوم تجربه کنترل‌ناپذیری، افسردگی شکل می‌گیرد. سازوکار این تحول، بدین گونه است که ابتدا فرد از کنترل محیط و زندگی‌اش "نامید" می‌شود. اگر این ناامیدی ادامه یابد، منجر به تجربه "درماندگی" می‌شود و درماندگی نقطه شکل-گیری افسردگی (تحول اضطراب به افسردگی) است (بارلو، ۲۰۰۲).

شبهات این دو اختلال به همینجا ختم نمی‌شود. پدیده توجه متمرکز بر خود، سرکوب فکر، افکار منفی تکرار شونده (نگرانی و نشخوار فکری)، بازداری رفتاری/اجتناب، رفتار ایمنی (ایمنی جویی)، اجتناب تجربه‌ای، باورهای فراشناختی ناسازگارانه، محتوای شناختی منفی، عدم تحمل هیجان منفی، تعارض‌های حل‌نشده پیرامون کنترل و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه. بسیاری از سازه‌ها و ساختارهای شناختی نظریه‌ها و پژوهش‌های شناختی بالینی معاصر نیز عامل مشترک هر دو وضعیت هیجانی هستند (برای مثال، توجه انتخابی، سوی‌مندی حافظه آشکار، سوی‌مندی تفسیر، استدلال هیجانی (منسل و همکاران، ۲۰۰۸).

علیرغم شبهات دو وضعیت هیجانی در "فرایند پردازش اطلاعات" به شرحی که ذکر شد، "محتوای شناختی" اضطراب و افسردگی متفاوت است. برای مثال می‌دانیم که توجه انتخابی نسبت به نشانه‌های تهدید مختص اختلالات اضطرابی است و جنس و محتوای این تهدید متناسب با نوع اختلال اضطرابی است (برای مثال بارلو، ۲۰۰۲). البته فرایند نیز در میان دو وضعیت هیجانی تفاوت‌هایی دارد. مثلاً تحقیقات نشان داده‌اند عاطفه‌مندی منفی در اضطراب با بیش‌برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است در حالی که در افسردگی با فقدان عاطفه‌مندی مثبت همراه می‌شود (براون و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلارک و واتسون، ۱۹۹۱). ضمناً همانطور که قبلاً اشاره شد، شدت تجربه کنترل‌ناپذیری در افراد مبتلا به اضطراب و افراد مبتلا به افسردگی یکسان نیست.

به طور خلاصه، براساس یافته‌های کلارک و واتسون؛ پژوهش‌های اینگرم (۱۹۹۰)، مدل زیرسیستم‌های شناختی متعامل، نظریه بک و سایر یافته‌هایی که در این مقاله به آنها اشاره شد، از یک سو مؤلفه‌های مشترک انواع بالینی و غیربالینی افسردگی و اضطراب بدان اندازه هست که بتوان از یک سازه مشترک صحبت کرد و از سوی دیگر، تفاوت‌های محتوایی انواع اختلالات اضطرابی بدان حد هستند که بتوان از انواع اختلالات هیجانی صحبت کرد. پژوهش‌های بیشتری لازم است تا این تعارض در سطح نظری حل شود. ولی در زمان حاضر، تلویحات کاربردی و بالینی این شرایط چیست؟

با توجه به تخصصی شدن درمان‌های شناختی رفتاری انواع اختلالات اضطرابی و افسردگی، و حتی وجود چندین مدل آسیب شناختی و درمانی برای هر اختلال، پیچیدگی فزاینده‌ی علمی و کاربردی درمان‌های شناختی رفتاری، شانس استفاده گسترده از آنها را کم می‌کند (کالینز و همکاران، ۲۰۰۴). آیا با توجه به ارتباط اضطراب و افسردگی و مؤلفه‌های مشترک

این دو می‌توان درمانی کمتر پیچیده، کمتر تخصصی، و قابل تعمیم به نظام خدمات سلامت معرفی کرد که توسط درمانگران کمتر آموزش دیده قابل پیاده کردن باشد؟ (برای مثال نایس، ۲۰۰۴، و ۲۰۰۷ را ببینید). تلاش‌های چندی در این زمینه صورت گرفته است که معرفی آنها در حوصله این مقاله نیست. برای مثال یکی شناخته شده‌ترین این مدل‌ها توسط دیوید بارلو معرفی شده است. بر اساس مدل بارلو و همکاران (۲۰۰۴)، آلن و همکاران، (۲۰۰۸) با توجه به این که فرایندهای مشترکی باعث تداوم اضطراب و افسردگی می‌شوند، با پنج ماگل درمانی می‌توان هر دو اختلال را درمان کرد. این پنج ماگل عبارتند از: آموزش روانشناختی، حضور ذهن/ آگاهی هیجانی متمرکز بر زمان حال، ارزیابی شناختی پیشیند، کار کردن روی رفتارهای برخاسته از هیجان، و رویارویی هیجانی (آلن و همکاران، ۲۰۰۸). ماگل-های دیگری نیز معرفی شده‌اند که بر جنبه‌های مشترک دیگری تأکید میکنند. مدل مبتنی بر تقویت تاب‌آوری سلیگمن، و مدل پیشنهادی دوزوآ و همکاران در پیشگیری از اضطراب و افسردگی با استفاده از یک پروتکل واحد، از جمله این برنامه‌ها هستند که بر مبنای عوامل زمینه‌ساز، عوامل آسیب‌پذیری و عوامل خطر مشترک این دو اختلال طراحی شده‌اند (دوزوآ و دابسون، ۲۰۰۴؛ دوزوآ و همکاران، ۲۰۰۸). بدیهی است که آموزش یک پروتکل ژنریک به مراتب آسانتر از مدل‌های تخصصی و پیچیده است؛ هرچند که پژوهش برای بررسی اثربخشی این پروتکل در مراحل اولیه است. در ایران نیز با توجه به این که ساختار مراکز درمانی خصوصی و دولتی به‌گونه‌ای است که تعداد بیماران مبتلا به انواع اختلالات مراجعه کننده به هر کلینیک به اندازه‌ای نیست که بتوان نیروی بسیار متخصص در مراکز درمانی به کار گمارد و از سوی دیگر همبودی اختلالات به‌اندازه‌ای است که وفادار ماندن به پروتکل‌های بسیار تخصصی شده، منجر به غفلت از مفهوم پردازشی انفرادی مراجع می‌گردد، شاید منطقی‌ترین مسیر برای رسیدن به یک نظام روان‌درمانی پاسخگو، استفاده از پروتکل ژنریک اختلالات هیجانی است. باید به خاطر داشت که با توجه به همبودی و هم‌ایندی اضطراب و افسردگی با سایر اختلالات روانی و جسمی، تسلط روان‌درمانگران بر پروتکل‌های ژنریک به‌مراتب مثمرتر از آن چیزی باشد که در نگاه اول به نظر می‌رسد. شایان ذکر است که برنامه‌های پیشگیری نیز که در ایران اجرا می‌شوند، اگر بر مبنای آسیب‌پذیری‌های مشترک دو اختلال طراحی شوند، بسیار کاربردی‌تر و مقرون به‌صرفه‌تر خواهند بود.

منابع

Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (۲۰۰۸). Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (۴th ed., pp. ۲۱۶-۲۴۹). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (۲۰۰۲). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (۲nd ed.). New York: Guilford Press.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. (۲۰۰۵). Prevalence, severity, and comorbidity of ۱۲-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, ۶۲, ۶۱۷-۶۲۷.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (۲۰۰۸). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (۱۹۹۸). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, ۴۹, ۳۷۷-۴۱۲.
- National Institute for Clinical Excellence. (۲۰۰۴). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Retrieved December ۱۲, ۲۰۰۷, from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG۲۲fullguideline.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. (۲۰۰۷). Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (amended). Retrieved December ۱۲, ۲۰۰۷, from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG۰۲quickrefguideamended.pdf>
- Watson, D. (۲۰۰۵). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM - V. *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۱۴, ۵۲۲-۵۳۶.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (۲۰۰۴). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, ۳۵, ۲۰۵-۲۳۰.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (۲۰۰۱). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۱۰, ۵۸۵-۵۹۹.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (۱۹۹۸). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۰۷, ۱۷۹-۱۹۲.
- Clark, L. A., & Watson, D. (۱۹۹۱). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۰۰, ۳۱۶-۳۳۶.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Burns, D. D. (۲۰۰۴). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review*, ۲۴, ۵۸۳-۶۱۶.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (Eds.). (۲۰۰۴). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (۲۰۰۸). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- Gray, J. A. (۱۹۸۲). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Ingram, R. E. (۱۹۹۰). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, ۱۰۹, ۱۵۶-۱۷۶.