

השוואה בין טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) לעומת טיפול תרופתי בדיכאון מאז'ורי

אלון בר¹

דיכאון הינה הפרעה שכיחה ובעלת השלכות נרחבות על החולה וסביבתו (Kessler et al, 2005). ההערכות השונות טוענות כי עד שנת 2020, דיכאון תהיה ההפרעה השניה בשכיחותה (אחרי מחלות לב) בגרימת פגיעה תפקודית בארה"ב (Murray & Lopez, 2007). הדור הראשון של הטיפולים התרופתיים, הציג יעילות לא גבוהה בצד תופעות לוואי משמעותיות. במקביל, הטיפול הפסיכולוגי שאינו מבוסס מחקר, הציג, יעילות טיפולית נמוכה בהשוואה לתרופות (Spielmanns et al, 2011). ההתפתחות התרופתית של שנות ה-90 והתרופות האנטי דכאוניות (בעיקר: SSRI, להלן: טיפול תרופתי) ששווקו תחת השם המסחרי פרוזאק, חוללו מהפיכה ביעילות התרופתית לדיכאון ובכלל זה מיעוט תופעות הלוואי. מנגד, יעילות הטיפולים הפסיכולוגיים, נחקרה מעט יחסית ובמחקרים המעטים שבוצעו, נמצאה עם יעילות טיפולית נמוכה. בחלוף הזמן, מחקרים שונים הצביעו על היעילות החלקית של התרופות. לדוגמא, ממצאים שהצביעו על יעילות דומה לטיפול תרופתי ולפלסבו, בדיכאון ברמת חומרה קלה – בינונית. בנוסף, נמצאו אחוזים גבוהים של חזרת הדיכאון (Relapse) לאחר הפסקת התרופות. עם התפתחות המחקר בפסיכולוגי יישומית, נמצאה יעילות משמעותית לטיפול קוגניטיבי – התנהגותי, הן מבחינת מהירות השינוי והן מבחינת עוצמת השינוי. יתר על כן, מחקרים שונים בדיכאון, הראו יעילות דומה של טיפול קוגניטיבי – התנהגותי לעומת טיפול תרופתי. בעקבות כך, בספרות המחקרית העדכנית, מקובל להתייחס לשני הטיפולים, טיפול קוגניטיבי – התנהגותי וטיפול תרופתי, כטיפולי "קו ראשון בדיכאון". יחד עם זאת, היעילות הטיפולית של כלל הטיפולים לדיכאון, נמצאת סביב 70% ורק כ-30-40% מהמטופלים מגיעים לרמיסה מלאה (DeRubies et al, 2005). בהמשך לכך, מחקרים עכשוויים, מנסים להתאים את הטיפול למאפיינים ספציפיים של המטופל בשורות הבאות, אסקור את הגורמים שעשויים להשפיע על הבחירה בטיפול כזה או אחר.

1. מאפייני המטופל: ישנם מטופלים שלמרות ההסבר שקיבלו על יעילות דומה לטיפולים

השונים, מעדיפים באופן ברור, טיפול תרופתי או טיפול קוגניטיבי – התנהגותי. בדומה, ישנם מטופלים שמסיבות שונות, לא מתאימים לאחד מאופני הטיפול. לדוגמא, בעבודתי בביה"ח עם מטופלים פגועי ראש, פגשתי מטופלים שמבחינה קוגניטיבית לא מתאימים לטיפול קוגניטיבי –

¹ פסיכולוג שיקומי מומחה, מטפל קוגניטיבי-התנהגותי מוסמך: alonbehr@gmail.com

התנהגותי אך מסכימים ומסתייעים בטיפול תרופתי. כאמור, במצבים בהם היעילות של הטיפולים דומה, הנטייה היא להשאיר את הבחירה אצל המטופל. אף שמחקרים על השפעת יכולת הבחירה של המטופל על תוצאות הטיפול, מראים תוצאות מעורבות (Craihead & Dunlop, 2013).

2. מאפייני הדיכאון: מחקרים רבים בדקו את מאפייני ההפרעה כמשתנה המשפיע על העדפת טיפול כזה או אחר. בהקשר זה, אחד המשתנים שנבדקו היה חומרת ההפרעה. במחקרים השונים, נמצא שבדיכאון ברמת חומרה קלה עד בינונית, אין עדיפות לטיפולים השונים (תרופות או טיפול קוגניטיבי – התנהגותי). בדיכאון ברמת חומרה קשה, התוצאות מעורבות כאשר יש מחקרים המצביעים על יעילות דומה ויש מחקרים המצביעים על עדיפות לטיפול התרופתי. בדומה, מחקרים על טיפול בדיסטימיה (דיכאון מתמשך ברמה מתונה) הצביעו על עדיפות לטיפול תרופתי (Cuijpers et al, 2008). לבסוף, במחקרים על טיפול בדיכאון כרוני, ישנה עדיפות לטיפול משולב על פני טיפול בגישה יחידה (Craihead & Dunlop, 2013).

3. מהירות השפעת הטיפול: אחד המשתנים המשמעותיים ביעילות טיפול נפשי הוא מהירות השינוי. בהקשר של דיכאון, כאשר ישנה פגיעה תפקודית משמעותית (לדוגמא: אי הגעה לביה"ס או לעבודה), ישנה חשיבות גדולה במיוחד למהירות השינוי, כדי למנוע תגובות סביבתיות שליליות שיעצימו את הדיכאון (לדוגמא: פיטורין או הרחקה ממסגרת חינוכית). מצב דומה, קיים כאשר הדיכאון מביא לסיכון לאדם או לסביבתו. מספר מחקרים שהשוו בין טיפול תרופתי לטיפול קוגניטיבי – התנהגותי, הצביעו על כך שטיפול תרופתי בדיכאון מביא לשינוי מהיר יותר אך התוצאות ארוכות הטווח שלו חלשות יותר (Craihead & Dunlop, 2013).

4. האם ישנה עדיפות לטיפול משולב (תרופות וטיפול קוגניטיבי – התנהגותי) על פני טיפול יחיד? על פניו, נראה שלאור היעילות החלקית של כל טיפול והמכניזם הטיפולי השונה, השילוב של שני הטיפולים יביא לתוצאות טובות יותר². על אף ההיגיון האפריורי שלב בין הטיפולים, במאמר סקירה רחב (Craihead & Dunlop, 2013) שבדק מטה אנליזות שונות על יעילות טיפול משולב לעומת טיפולים נפרדים (תרופות או טיפול קוגניטיבי – התנהגותי), נמצאו תוצאות מעורבות שמרביתם לא מצאו שיפור משמעותי בשילוב הטיפולים. בשלב הראשון של הטיפול

² במאמר סקירה בנושא (Craihead & Dunlop, 2013), העלו הכותבים מספר אפשרויות להשפעות טובות יותר של טיפול משולב ובהם: מודל של תוספת (Additive Model – כיוון שכל גישה עוזרת רק לחלק מהמטופלים ולא בהכרח לאותו חלק בכלל החולים, השילוב יביא לשיפור כללי אצל יותר מטופלים), מודל סינרגי (כל גישה תעצים את השניה), שיפור ההיענות לטיפול (כל טיפול מסייע בהיענות לטיפול השני. לדוגמא: פסיכותרפיה משפרת היענות לטיפול התרופתי ואילו טיפול תרופתי מגביר אנרגיה לצורך הגעה לטיפול והכנת מטלות הבית).

(השלב האקוטי – עד 3 חודשים מתחילת הטיפול), לא נמצא שיפור ביעילות של טיפול קוגניטיבי – התנהגותי כאשר נוסף לו טיפול תרופתי. מנגד, נמצאה יעילות מסוימת בטיפול תרופתי כאשר נוסף לו טיפול פסיכולוגי מבוסס מחקר (המטה אנליזה, לא התייחסה רק לטיפול קוגניטיבי – התנהגותי). בשונה מכך, בדיכאון כרוני, נמצאה יעילות משמעותית לטיפול משולב לעומת טיפול תרופתי (Von Wolff et al, 2012).

5. מניעת הישנות (Relapse Prevention): אחת הבעיות המרכזיות בטיפול בדיכאון הינה חזרה לאחר החלמה. במחקרים שונים, נמצא שטיפול קוגניטיבי – התנהגותי יעיל יותר במניעת הישנות (Gloaguen et al, 1998). בדומה, במטה אנליזה (Piet & Hogaard, 2011) שהשוותה שילוב של MBCT (טיפול CBT מבוסס מיינדפולנס) בשילוב טיפול תרופתי, לעומת טיפול תרופתי לבד, נמצאה ירידה גדולה יותר בהישנות של הדיכאון, בקבוצה שקיבלה טיפול משולב.

דיון

ממצאי המחקר לטיפול בדיכאון מעורבים. במרבית המחקרים העדכניים, לא נמצא הבדל בין יעילות הטיפול התרופתי לטיפול הקוגניטיבי התנהגותי. עם זאת, ישנם מצבים שבהם נמצאה עדיפות לטיפול מסוים ומצבים אחרים בהם נמצאה עדיפות לשילוב הטיפולים. על אף הממצאים המעודדים, נראה שהמחקר בתחום נמצא רק בתחילתו. בהקשר זה, חשוב לציין את העדיפות שיש למחקר הרפואי על פני המחקר בפסיכולוגיה. הן מבחינת התרבות המקצועית של הרפואה כמבוססת מחקר והן מבחינת היקף התקציבים של חברות התרופות. עם זאת ולמרות מיעוט משאבי המחקר, דומה שהפסיכולוגיה המחקרית, מציגה ממצאים מרשימים ביעילות הטיפול הפסיכולוגי בדיכאון. לסיום, נראה נכון להזכיר שעל אף התקדמות הטיפולים, היקף חולי הדיכאון נמצא במגמת עליה, כך שהאתגר המקצועי עודנו גדול, הן עבור הפסיכיאטריה והן עבור הפסיכולוגיה היישומית.

סיכום ויישום קליני של המחקרים:

- **סיכום כולל:** במרבית המחקרים על דיכאון, נמצאה יעילות דומה לטיפול קוגניטיבי – התנהגותי לעומת טיפול תרופתי (SSRI).

- **מאפייני המטופלים:** ישנם מטופלים שמעדיפים או מתאימים יותר לסוג טיפול מסוים. יחד עם זאת, לא ברור עד כמה יכולת ההעדפה והבחירה האישית, משפיעים על יעילות הטיפול.
- **מאפייני הדיכאון:** אין הבדל ביעילות הטיפולים בדיכאון ברמת חומרה קלה – בינונית. ככל הנראה, ישנה עדיפות לטיפול תרופתי בדיסטימיה ובדיכאון קשה. כמו כן, בדיכאון כרוני, ישנה עדיפות לטיפול משולב.
- **מהירות ויציבות השינוי:** תוצאות המחקרים לא עקביות ולא ברור האם טיפול תרופתי מביא לשינוי מהיר יותר מטיפול קוגניטיבי – התנהגותי. יחד עם זאת, הסיכון לחזרת הדיכאון לאחר סיום הטיפול (Relapse), גבוה יותר בטיפול תרופתי.

ביבליוגרפיה

- Craighead, W. & Dunlop, B. (2013). Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how. *Annu Rev Psychol.* ;65:267-300.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a metaanalysis of comparative outcome studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 76(6):909–22.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, et al. (2005). Cognitive therapy versus medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 62(4):409–16.
- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74(4):658–70
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM (1998). A meta-analysis of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord*; 49: 59–72.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005) Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen Psychiatry* 62(6):593–602.
- Murray CJL, Lopez AD. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349:1436–42
- Piet J, Hougaard E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 31:1032–40
- Spielmanns GI, Berman MI, Usitalo AN. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 199(3):142–49
- VonWolff A, Hölzel LP, Westphal A, Hartner M, Kriston L. (2012). Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 12:61 Wager TD, Barrett.