

## وضعیت تجربی درمانگری شناختی - رفتاری: یک مطالعه‌ی مروری روی فراتحلیل‌گری‌ها<sup>۱</sup>

باتلر، چامپن، فرمن، بک

ترجمه و تألیف: دکتر مسعود جان‌بزرگی\*

### چکیده

مقاله‌ی حاضر در راستای نقد و تحلیل شیوه‌های روان‌درمانگری، تهیه شده و هدف آن بررسی اثربخشی شیوه‌های درمانگری شناختی - رفتاری<sup>۲</sup> بر مشکلات روان‌شناختی است که این مقاله صرفاً یافته‌های غیر ایرانی را مورد تحلیل قرار داده است اصل مقاله برگردان فراتحلیل‌گری باتلر و همکاران (۲۰۰۶) است که به تناسب موضوع مقالات مناسب به‌ویژه از ۲۰۰۴ تاکنون به آن اضافه شده است.

مطالعه‌ی مروری حاضر، مقالات اخیر متآنالیز را در زمینه‌ی نتایج CBT روی طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی خلاصه می‌نماید. در این کار، شانزده مقاله‌ی متآنالیز که از نظر روش تحقیق بسیار دقیق بوده‌اند مورد تحقیق قرار گرفته‌اند. مطالعه‌ی مروری حاضر به بررسی و مقایسه‌ی اندازه‌های اثر<sup>۳</sup> درمان‌شناختی - رفتاری و گروه‌های کنترل دیگر می‌پردازد و بر تضاد اندازه‌ی اثر درمان‌شناختی - رفتاری با سایر گروه‌های کنترل تأکید دارد

---

۱. مقاله حاضر در راستای نقد و بررسی نظریه‌های روان‌درمانگری به منظور بررسی روان‌درمانگری‌های شناختی رفتاری با حمایت پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تهیه گردیده است. اصل مقاله و جداول برگردان مقاله باتلر و همکاران (۲۰۰۶)، است که با دقت نسبتاً مطلوبی فراتحلیل‌گری‌های انجام شده در زمینه CBT را تا سال ۲۰۰۴ پیگیری نموده است. به دلیل دقت عملی که باتلر و همکارانش در این بررسی داشته‌اند ترجیح داده شد تمام مقاله به فارسی برگردانده شود و از آن تاریخ تا سال ۲۰۰۹ فراتحلیل‌گری‌های مهمی که در سایت‌های معتبر به آنها برخورده‌ایم را برای اطلاع اضافه نموده‌ایم، هر چند نتایج آن در پردازش اطلاعات وارد نشده‌اند. م

Email: Masuodjan@yahoo.com

\* استادیار روان‌شناسی

تاریخ دریافت: ۸۷/۷/۶ - تاریخ تأیید: ۸۷/۹/۲۶

2. CBT

3. Effect size

که این تضاد بیانگر کارآیی (اثربخشی) CBT بر طبق مطالعات متاآنالیز است. بیشترین اندازه‌ی اثر دریافتی این پژوهش به CBT بر افسردگی تک‌قطبی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراس، هراس‌های اجتماعی، اختلال استرس پس از حادثه و اختلال افسردگی و اضطراب دوران کودکی بوده است. اندازه‌ی اثر برای CBT در مشکلات زناشویی، خشم، اختلالات جسمانی دوران کودکی و درد مزمن، در طیف متوسط قرار دارد. در درمان افسردگی بزرگ‌سالان، کارآیی CBT، تا حدی، از کارآیی داروهای ضد افسردگی بالاتر است. کارآیی CBT در درمان افسردگی و اختلال وسواس بی‌اختیاری دوران بزرگ‌سالی، مساوی با کارآیی رفتاردرمانگری است. اندازه‌ی اثر بزرگی در مطالعات کنترل‌نشده برای درمان پرخوری عصبی و اسکیزوفرنیا وجود دارد. شانزده مقاله‌ی متاآنالیزی که مرور شده است، بر کارآیی CBT برای بسیاری از اختلالات تأکید دارند. هر چند یک رویکرد متاآنالیز محدودیت‌های خاص خود را دارد و در تعبیر و تفسیر نتایج آن می‌بایست این محدودیت‌ها را مد نظر قرار داد، توجه به این نکته که یافته‌های این تحقیق با یافته‌های سایر تحقیقات مروری که از روش‌های تحقیقی دیگری استفاده نموده‌اند، هماهنگ و همساز است، حائز اهمیت است.

**واژه‌های کلیدی:** درمانگری شناختی - رفتاری، تحلیل‌گری، روان‌درمانگری

## مقدمه

درمان شناختی - رفتاری یکی از مدل‌های روان‌درمانگری است که وسیع‌ترین تحقیقات را بویژه در دو دهه اخیر به خود اختصاص داده است؛ در حالی که بیش از ۱۲۰ کار بالینی کنترل‌شده در طول ۸ سال بین سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ به مجموعه‌ی مقالات تحقیقی، در این زمینه اضافه شده‌اند (بک<sup>۱</sup> و هالون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). یک بررسی اجمالی نشان می‌دهد که بیش از سه هزار مقاله و فصل کتاب در سال ۲۰۰۸ در زمینه درمان‌های شناختی - رفتاری به چاپ رسیده است. در ایران، بیش از سیصد مقاله و پایان‌نامه در این زمینه، در خلال سال‌های گذشته به چاپ رسیده‌اند که در مقالات بعد، به تحلیل آنها خواهیم پرداخت.<sup>۳</sup> این افزایش روزافزون به سرعت ادامه یافته است (دابسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). این رشد به دلیل قابلیت انطباق و سازش‌پذیری CBT با طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات (بک، ۱۹۹۷؛ سالکوزکی، ۱۹۹۶) می‌باشد. با این وجود، سؤال‌های بسیاری درباره‌ی کارایی کلی CBT، کارایی افتراقی آن در اختلالات، ماهیت گروه‌های کترلی که کارایی CBT در مقایسه‌ی با آنها تعیین شده است و اینکه نتایج CBT، بعد از توقف درمان، تا چه میزانی پایدار باقی می‌مانند، همچنان باقی مانده‌اند. در این مطالعه، ما به مرور مدارک اثبات‌شده از بین متآنالیزهایی که سعی دارند به این سؤال‌ها پاسخ دهند پرداختیم. رویکرد باتلر و دیگران (۲۰۰۶) در مرور متآنالیزها رویکرد منحصر به فردی است. بدین ترتیب که به طور نظام‌مندی<sup>۵</sup>، یافته‌های متآنالیزهایی را که کیفیت تحقیقی بالایی داشته‌اند، را در شانزده اختلال متفاوت خلاصه می‌کند و تا حد ممکن، بر روی مقایسه‌ی مستقیم کارایی CBT با سایر رویکردهای درمانی پرداخته‌اند. در مطالعه‌ی مروری در زمینه مقالات متآنالیز بر روی نتایج CBT، به خصوص بحث و تبادل نظر درباره‌ی مقایسه‌ی کارایی درمان‌های مختلف کاملاً مناسب و بجاست (رنساویل<sup>۶</sup> و کارول<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). برای مثال یک مطالعه‌ی مروری بر روی مقالات متآنالیز و مطالعات اولیه بر روی CBT برای افسردگی حاکی از آن هستند که کارایی CBT در مقالات مورد اغراق قرار گرفته است (پارکر<sup>۸</sup>، روی<sup>۹</sup> و ایرز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳).

1. Beck

2. Hollon

۳. محقق این بررسی را با ملاحظه‌ی سایت‌های پژوهشی انجام داده است.

4. Dozois

5. Systematically

6. Rounsaville

7. Carrol

8. Parker

9. Roy

10. Eyers

این سؤال که آیا یک روش درمانگری خاص بر سایر روش‌ها برتری دارد، مشاجرات بسیاری را به خود اختصاص داده است. در اینجا فرض خنثی (صفر)<sup>۱</sup> این است که همه‌ی درمان‌ها، کارآیی یکسانی دارند (همه برنده هستند و باید جایزه بگیرند). طرفداران این نظریه (برای مثال: لایبورسکی<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۲؛ مسر<sup>۳</sup> و وامپولد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲) به شکلی به مدارک متاآنالیز استناد می‌نمایند که ادعای آنها را مورد تأیید قرار دهند.

افراد دیگری که با این فرض مخالف هستند، چنین عنوان می‌کنند که روش تحقیقی که در این متاآنالیزها به کار گرفته شده است، اشتباه است یا حداقل حکمی (نتیجه‌ای) است که به شکلی ناپخته صادر شده است (باتلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ چامبلس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ هووارد<sup>۷</sup>، کراوز<sup>۸</sup>، ساندر<sup>۹</sup> و کاپتا<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷). مشکل روش شناختی که در دل این حکم (نتیجه) وجود دارد، این است که نتایج همه‌ی درمان‌ها برای همه‌ی اختلال‌ها با هم و در یک متاآنالیز مورد بررسی قرار گرفته است.

این روش، به نحو مؤثری تفاوت واقعی موجود بین درمان‌های خاص را برای اختلالات خاص مورد اغماض قرار می‌دهد. گزارش حاضر از طریق مرور مدارک متاآنالیزی که در ارتباط با مقایسه‌ی کارآیی درمان‌های مختلف برای اختلال‌های مختلف می‌باشند، سعی دارد این سؤال را به پاسخ نزدیک نماید.

علاوه بر مقایسه‌ی کارآیی (اثربخشی) روش‌ها، سؤال کلیدی دیگر به طول مدت کارآیی (اثربخشی طولانی‌مدت) CBT برمی‌گردد و اینکه تأثیرات کدام مداخله‌ی درمانی بعد از اتمام درمان پایداری بیشتری دارند و آیا CBT نسبت به سایر درمان‌ها، تأثیرات درمانی پایداری دارد. شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که نتایج درمان‌های روان‌شناختی و به خصوص، دارودرمانگری، بعد از اتمام یک دوره‌ی درمان، اگر کاملاً از بین نروند، افت می‌کنند (برای مثال، هالون، تیس<sup>۱۱</sup> و مارکوویتز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲). با این وجود، به دلیل اینکه CBT بر روی تغییر افکار و انتقال مهارت‌های آموخته‌شده از جلسه‌ی درمان، به محیط زندگی واقعی تمرکز دارد (مثلاً مراجع را درمانگر خود

1. Controversy  
3. Messer  
5. Beutles  
7. Howard  
9. Saundra  
11. Tharse

2. Luborsky  
4. Wampold  
6. Chambless  
8. Krause  
10. Kopta  
12. Markowitz

می‌کند)، انتظار می‌رود که بعد از اتمام درمان تأثیرات پایداری از خود به جای بگذارد (بک، ۱۹۹۵). همچنین کوشش‌های بالینی بسیاری درباره‌ی کارآیی طولانی‌مدت CBT و جلوگیری از عود صورت گرفته است (برای مثال: سیمونز<sup>۱</sup>، لیواین<sup>۲</sup>، لاستمن<sup>۳</sup> و مورفی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴). هدف این مطالعه‌ی مروری مشخص کردن متآنالیزهایی است که به بررسی تأثیرات طولانی‌مدت CBT پرداخته‌اند.

در نهایت دو مطالعه‌ی مروری به برتری نتایج CBT نسبت به درمان‌های جایگزین برای افسردگی تأکید کرده‌اند (پارکر و دیگران، ۲۰۰۳؛ وامپولد، مینامی<sup>۵</sup>، باسکین<sup>۶</sup> و تیرنی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲)؛ در مطالعه‌ی حاضر، گستره‌ی وسیع‌تری از اختلالات مورد بررسی قرار می‌گیرد که در آن، این دو مطالعه‌ی مروری نیز مورد تحلیل و تفسیر واقع می‌شوند.

فراتحلیل‌گری (متآنالیز)، به عنوان یک روش مفید برای ارزیابی کارآیی درمان شناخته شده است و به عنوان یک روش مروری، فواید و محدودیت‌های خاص خود را داراست (کوپر<sup>۸</sup> و هگز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴؛ ویلکینسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹). در فراتحلیل‌گری (متآنالیز)، کارآیی درمان بر حسب یک اندازه‌ی اثر<sup>۱۱</sup> (ES) اندازه‌گیری می‌شود. هر ES میزان تأثیر مشاهده‌شده در یک واحد استاندارد اندازه‌گیری را نشان می‌دهد (برای مثال یک انحراف استاندارد یا ضریب هم‌بستگی). ES در طول طیفی از گستره‌ی بدون تأثیر تا تأثیر زیاد طبقه‌بندی می‌شود ( $ES < 0/2$ )؛  $0/5 < ES < 0/2$ ؛ نشان‌دهنده‌ی تأثیر کم،  $0/8 < ES < 0/5$ ؛ نشان‌دهنده‌ی تأثیر متوسط و  $ES \geq 0/8$ ؛ نشان‌دهنده‌ی تأثیر زیاد است (کوهن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۸)؛ بنابراین، قدرت متآنالیز به کاربرد واحد استاندارد شده برای مقایسه‌ی نتایج مطالعاتی که ممکن است از اندازه‌گیری‌های متفاوتی استفاده کرده باشند، بستگی

1. Simons  
3. Lustman  
5. Minami  
7. Tierney  
9. Hedges

2. Levine  
4. Murphy  
6. Baskin  
8. Cooper  
10. Wilkinson

۱۱. effect size: ۱. نشان می‌دهد که یک متغیر مستقل چقدر بر روی متغیر وابسته تأثیر گذاشته است. مثلاً اگر همبستگی بین متغیر مستقل و وابسته ۰/۸ است آن را به توان ۲ می‌رسانیم ۰/۶۴، که نشان می‌دهد ۶۴٪ تغییراتی که در متغیر وابسته دیده می‌شود تحت تأثیر متغیر مستقل می‌باشد. ۲. بیانگر میزان قدرت یا Power یک درمان خاص است، که اغلب در متآنالیزها به کار برده شده، به‌خصوص در مواقعی که اندازه‌های نمونه در مقایسه با تعدادشان در نظر گرفته می‌شود (Corsini, R.J).

12. Cohen

دارد. همچنین، از طریق تعیین میانگین اندازه‌ی اثرات (ES) در میان مطالعات و مقایسه‌های مختلف، متآنالیز تأثیر اندازه‌ی نمونه را افزایش داده و تأثیر عوامل مزاحم و خارجی را به حد اقل می‌رساند که به ما این امکان را می‌دهد که ارزیابی دقیق‌تری از کارایی درمان داشته باشیم.

متآنالیز نیز برای خود محدودیت‌هایی دارد. یکی، مشکلات تعداد مقایسه‌هایی است که از هر مطالعه‌ی اولیه (پایه) در متآنالیز وارد می‌شود. بعضی مطالعات ممکن است مقایسه‌های بسیار زیادی را گزارش کنند؛ در حالی که بعضی دیگر تعداد کمی مقایسه و یا حتی یک مقایسه را گزارش می‌نمایند. در این حال، مطالعاتی که مقایسه‌ی زیادی داشته‌اند، احتمالاً وزن بیش از حدی به متآنالیز می‌دهند. در این مطالعه‌ی مروری، ما تعداد مقایسه‌هایی که در هر متآنالیز آورده شده‌اند را گزارش می‌نماییم.

محدودیت احتمالی دیگر، بی‌توجهی به متغیرهای تعدیل‌گر احتمالی (برای مثال تفاوت‌های جنسیتی) است. چنانچه متغیرهای تعدیل‌گر قابل شناسایی باشند و گروه نمونه‌ی مطالعه، به اندازه‌ی کافی بزرگ باشد، احتمال دارد که فراتحلیل‌گران آنها را در تحلیل‌های خود وارد نمایند. مثال مهم از یک متغیر تعدیل‌گر تأثیر<sup>۱</sup> وفاداری و تعهد محقق به نتایج مطالعات افسردگی یک‌قطبی می‌باشد. در این مطالعه‌ی مروری، ما تأثیر متغیر وفاداری را نیز در تحقیق ثابت نموده‌ایم.

محدودیت آخر، که از بی‌توجهی به تفاوت‌های مطالعات نشئت می‌گیرد، این است که رسیدن به موفقیت‌ها یا شکست‌ها ممکن است نادیده گرفته شوند. شاید این موفقیت‌ها و شکست‌ها برای هدایت و رشد نظریه‌ها و کاربرد مطالعات، در آینده مفید باشند. این مطالعه‌ی مروری، جریان‌هایی را که از مطالعه نتایج درمانی آشکار شده‌اند، گزارش نموده و زمینه‌هایی را برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌نماید.

### ۱. انتخاب متآنالیزها

هدف اول ما شناسایی فراتحلیل‌گری‌های منتشرشده‌ای بود که به مطالعه مروری نتایج درمان شناختی - رفتاری پرداخته بودند. هنگامی که برای یک اختلال یکسان، چند متآنالیز وجود داشت، ما وسیع‌ترین و از نظر روش شناختی، دقیق‌ترین متآنالیز را

1. allegiance

انتخاب می‌کردیم و اغلب، چنانچه انتظار می‌رفت، آن مقاله جدیدترین متاآنالیز نیز بود. نقاط قوت روش‌شناسی‌ای که ما به دنبال آنها بودیم، عبارت بودند از:

۱. صرفاً کوشش‌های بالینی که از انتخاب تصادفی استفاده کرده بودند؛
۲. ارزش اندازه‌ی نمونه<sup>۱</sup> به اندازه‌های اثر (ES)ها؛
۳. تحلیل میزان ناهمگنی اندازه‌های اثر<sup>۲</sup> ESها و هزینه‌ها<sup>۳</sup>؛
۴. گنجاندن متغیرهای تعدیل‌گر در تحلیل.

این عوامل تنها، تعدادی از مطالعات متاآنالیز را در اولویت قرار داد.

پیدا کردن متاآنالیزها طی تحقیق کامپیوتری، در سه سایت Eric، PSYC INFO و Medline، از سال ۱۹۶۷ تا سال ۲۰۰۴، با به کارگیری کلیدواژه‌های «درمان شناختی»، «درمان شناختی — رفتاری» و «متاآنالیز» انجام شد. به این دلیل از اصطلاح «درمان شناختی» استفاده نمودیم که این مدل درمانی، اغلب مواقع، مداخلات رفتاری را نیز با خود به همراه دارد. لیست نتایج درج‌شده در مقالات و فصل‌های کتاب‌ها در این زمینه بازیابی شده و مرور گشتند. چند متاآنالیز جدید در طی مرور متون این منابع، و سری دومی از مقالات و فصول بازیابی شده کتاب‌ها به دست آمدند. در نهایت، ۳۴ مطالعه‌ی مروری که بر اساس ملاک‌های متعددی برگزیده شده بودند جمع‌آوری شد. سه متاآنالیز به دلیل اینکه زبان آنها انگلیسی نبود، از تحقیق حذف شدند. ده متاآنالیز حذف شدند؛ چرا که متاآنالیزهای مشابه دیگری وجود داشتند که از نظر روش‌شناسی، از آنها دقیق‌تر بودند. شش متاآنالیز دیگر؛ به دلیل اینکه به طور واضح، به مقایسه‌ی CBT با سایر ملاحظات روان‌شناختی نپرداخته بودند حذف شدند؛ یکی برای اینکه بیشتر به فرایند متغیرها تا نتیجه پرداخته بودند و دیگری برای اینکه بر روی اختلال خاصی تأکید نداشتند.

در نهایت، ۱۶ متاآنالیز باقی ماندند که جمعاً، ۹۹۹۵ نمونه را در ۳۳۲ مطالعه مورد بررسی قرار داده بودند. این متاآنالیزها شامل ۵۶۲ مقایسه بودند که ۱۶ اختلال یا جمعیت را پوشش می‌دادند: افسردگی یک‌قطبی دوران بزرگ‌سالی<sup>۴</sup>، افسردگی یک‌قطبی

---

1. sample – size  
 2. heterogeneity  
 3. out liers  
 4. adult unipolar depression

دوران نوجوانی<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۲</sup> (GAD)، اختلال وحشت‌زدگی با یا بدون وسعت‌هراسی<sup>۳</sup>، هراس اجتماعی<sup>۴</sup>، اختلال وسواس بی‌اختیاری<sup>۵</sup> (OCD)، اختلال استرس پس‌ضربه‌ای<sup>۶</sup> (PTSD)، اسکیزوفرنیا<sup>۷</sup>، پریشانی زناشویی<sup>۸</sup>، خشم، پرخوری عصبی<sup>۹</sup>، اختلالات دوران کودکی<sup>۱۰</sup> (اختلالات افسردگی، اضطراب و جسمانی کردن<sup>۱۱</sup>)، تخلف‌های جنسی<sup>۱۲</sup> و درد مزمن<sup>۱۳</sup> (به جز سردرد).

تعریف مشخص درمان شناختی - رفتاری به این فرض برمی‌گردد که نشانه‌های مرضی و نارساکنش‌وری رفتاری اغلب از طریق شناخت، تعدیل می‌شوند. بنا بر این بهبودی از طریق تغییر باورها و اصلاح نارساکنش‌وری فکری حاصل گردد (دابسن و دوزویس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱). CBT با درمان‌های رفتاری خالصی که در آنها، شناخت، به عنوان یک متغیر مهم جای ندارد و به عنوان یک هدف اختصاصی مهم برای مداخله شناسایی نمی‌شود، در تضاد است. گاهی مطالعاتی که در زمینه‌ی CBT و مطالعاتی که در زمینه رفتاردرمانگری با هم مقایسه شده‌اند، در این متاآنالیز برای تحلیل با هم ادغام شده‌اند. در چنین مواردی ما پس از خارج کردن اثرات رفتار درمانگری از مطالعه اندازه اثر را مجدداً محاسبه کرده‌ایم.

تعداد کمی از متاآنالیزهایی که انتخاب شدند، موضوع مشترکی را مورد مرور قرار داده بودند. در این موارد، که با متاآنالیزهایی با موضوع مشترک برمی‌خوریم، از بین آنها تنها یک متاآنالیز که نسبت به بقیه مناسب‌تر و مرتبط‌تر به نظر می‌رسد را انتخاب نمودیم. یک حالت خاصی نیز اتفاق افتاد که طی آن، یک مطالعه در دو متاآنالیز مختلف، مورد مقایسه‌ی مختلفی قرار گرفته بود. گلد<sup>۱۵</sup>، اتو<sup>۱۶</sup> و پولاک<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۵) مطالعاتی را که به مقایسه‌ی CT (درمان شناختی) در بیماران پانیک با درمان‌های جایگزین و گروه کنترل می‌پرداختند را مورد متاآنالیز قرار دادند. اوی<sup>۱۸</sup>، لاماس<sup>۱۹</sup> و دویلی<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۹) در تحقیقی،

1. adolescent unipolar depression  
3. panic disorder with or without agoraphobia  
5. obsessive-compulsive disorder  
7. schizophrenia  
9. bulimia  
11. somatic disorder  
13. chronic pain  
15. Gloud  
17. Pollack  
19. Llamas

2. generalized anxiety disorder  
4. social phobia  
6. posttraumatic stress disorder  
8. marital distress  
10. internalizing childhood disorders  
12. sexual offending  
14. Dobson  
16. Otto  
18. Oei  
20. Devilly

همان موضوع را مورد تحقیق قرار دادند؛ ولی نمراتی را که بیماران، پس از درمان و در جلسات پیگیری می‌گرفتند، با نمره‌ی جمعیت عادی مورد مقایسه قرار دادند. ما هر دو متآنالیز را به دلیل اینکه هر کدام مقایسه‌ای منحصر به فرد بودند مرور نمودیم.

برای گزارش یافته‌های فراتحلیل‌گری‌ها از قواعد خاصی استفاده کرده‌ایم؛ برای مثال گاهی اوقات، ESها به شکل ES کنترل‌شده، در مقابل ES کنترل‌نشده به‌کار گرفته شده‌اند (فسک<sup>۱</sup> و چامبین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). یک ES کنترل‌شده، بیانگر قدرت اثر درمان خاصی در مقایسه با درمان‌های دیگر یا گروه کنترل می‌باشد. و از طریق تفریق میانگین نمره‌ی پس از درمان گروه کنترل، از میانگین نمره‌ی پس از مداخله‌ی گروه درمانی و سپس تقسیم آن بر انحراف معیار گروه کنترل (گلس، مک‌گرو و اسمیت، ۱۹۸۱) یا انحراف معیار کل به دست می‌آید (کوهن، ۱۹۸۸)؛ بنا بر این، یک ES کنترل‌شده‌ی ۰/۵۰ احتمالاً نشان‌دهنده‌ی این است که میانگین نمره‌ی گروه مداخله نصف (۱/۲) انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره‌ی گروه کنترل است.

یک ES کنترل نشده، بیانگر میزان پیشرفت درون‌گروهی<sup>۳</sup> از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون می‌باشد. و از طریق تفریق میانگین نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون و تقسیم آن بر انحراف معیار کل به دست می‌آید. اغلب ترجیح داده می‌شود که به جای ES کنترل‌نشده از ES کنترل‌شده استفاده شود؛ چرا که ES کنترل‌نشده بیشتر مستعد تهدید اعتبار درونی است (برای مثال تأثیرات رشد داخلی (پختگی)، تاریخ و بازگشت به میانگین). دوازده مورد از متآنالیزهایی که در این مطالعه مرور شده‌اند، اثر اندازه‌ی نمونه را در اندازه‌های اثر کنترل کرده‌اند. سه تا از متآنالیزها (اختلال وسواس، اسکیزوفرنیا و پرخوری عصبی) ES کنترل‌نشده را گزارش نموده‌اند. این سه متآنالیز به این دلیل در تحقیق ما گنجانده شده‌اند که می‌خواستیم کارآیی درمان را برای این بیماری‌های خاص نیز گزارش نماییم و هیچ مطالعه‌ی متآنالیز دیگری که ES کنترل‌شده را گزارش کرده باشد، برای این اختلال‌ها در دست نداشتیم. ما ES کنترل‌نشده را با نماد ES<sub>u</sub> در متن آورده‌ایم.

برای تسهیل تفسیر، در هر مقایسه، به نمره‌های U<sub>۳</sub> نیز اشاره کرده‌ایم. U<sub>۳</sub> نشان‌دهنده‌ی درصد نمرات در گروهی که میانگین پایینی دارند که از طریق میانگین

1. Fesk  
2. Chambles  
3. within

نمرات گروهی که میانگین بالایی دارد، افزایش می‌یابد (کوهن، ۱۹۸۸). هنگام تفسیر یافته‌های متاآنالیز، دانستن ارتباط بین ES و  $U_3$  بسیار حائز اهمیت می‌باشد؛ برای مثال یک ES برابر با ۰/۰ احتمالاً، نشان‌دهنده‌ی این است که تأثیر درمانی وجود ندارد. این میزان از ES در یک  $U_3$  ۵۰ درصد پنهان است که در این مطالعه نشان می‌دهند میانگین نمره‌ی بیماران، بعد از CT، برابر با میانگین نمره‌ی گروه کنترل می‌باشد. یک ES کنترل‌شده‌ی برابر با ۱/۰ احتمالاً، نشان‌دهنده‌ی یک تأثیر درمانی بسیار زیاد است و با یک  $U_3$  ۸۴ درصد تحلیل می‌گردد که نشان می‌دهد میانگین نمره‌ی بیماران، بعد از CT، بالاتر از میانگین نمره‌ی ۸۴ درصد از گروه کنترل است. در نقطه‌ی مقابل، ES ۱/۰- بیانگر یک تأثیر بسیار زیاد در جهت مخالف است. در این حالت،  $U_3$  باز هم ۸۴ درصد است؛ ولی نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی افرادی که در گروه کنترل قرار داشتند از میانگین نمره‌ی ۸۴ درصد از گروه بیماران، بعد از درمان CT بالاتر است.

یافته‌هایی که از طریق متاآنالیز برای بعضی از اختلالات در دسترس نبود. تا آنجایی که ممکن بود، ما سعی کردیم یافته‌ها و نتایج تحقیقات مروری اخیر را در کار بگنجانیم. با این وجود، این نتایج را باید به عنوان نتایج اولیه و ابتدایی در نظر گرفت و نیاز است که تحقیقات متاآنالیز آتی سؤالات این پژوهش را به نحو کامل‌تری پاسخگو باشند.

## ۲. نتایج

جدول ۱، تمام متاآنالیزهایی را که در این مطالعه‌ی مروری گنجانده شده‌اند، به صورت فهرست‌وار، همراه با نمرات ES و  $U_3$  برای هر مقایسه‌ی خاص نشان می‌دهد. یافته‌های هر اختلال، به طور اختصاصی مورد بررسی قرار می‌گیرند. در بعضی موارد، برای توضیح جریان‌های تاریخی مهم، به متاآنالیزهای مربوط به گذشته اشاره می‌کنیم که در جدول ۱ منعکس نشده‌اند. همچنین، در برخی موارد، برای یافته‌ها به تک‌بررسی متناسب نیز ارجاع می‌دهیم.

### ۲-۱ افسردگی

از سال ۱۹۷۷، ۷۵ مطالعه‌ی بالینی جهت بررسی کارآمدی CBT برای افسردگی انجام شده است (گلوکان، کوتراکس، کاپرات و بلک‌برن، ۱۹۹۸). پارکر و همکاران (۲۰۰۳) به مطالعه‌ی

مروری متاآنالیزها و مطالعات اولیه‌ای که در این حوزه قرار دارند، پرداختند و به این نتیجه رسیدند که CBT آن قدر که حامیان آن ادعا می‌کنند، کارآیی ندارد. البته آنها تحقیقاتی را که نتایج بسیار قوی پس از درمان و همچنین در جلسات پیگیری گزارش نموده بودند، را از مطالعه‌ی مروری خود حذف نموده بودند (ن.ک. شاپیرو و همکاران (۱۹۹۴) برای مقایسه با درمان روان‌پریشی؛ «بلات، زروف، بوندی و سانسلو (۲۰۰۰) برای مقایسه با داروهای ضد افسردگی»). از آنجایی که پارکر و همکاران ملاک‌های انتخابی خود را برای تحقیقاتی که مورد مرور قرار داده‌اند، عنوان نموده‌اند، تعبیر و تفسیر نتایج آنها کار نسبتاً مشکلی است. دابسن (۱۹۸۹) اولین متاآنالیز را در این زمینه انجام داد و متوجه شد که شناخت درمانگری CT، نسبت به گروه کنترل که درمان نگرفته‌اند، گروه انتظار، دارودرمانگری، رفتاردرمانگری و گروه‌های ناهمگون دیگر درمانگری‌ها برتری دارد. گافمن<sup>۱</sup>، تساسیس<sup>۲</sup> و کمب‌هیلر<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) چنین فرضیه‌ای را عنوان نمودند که احتمالاً، نتایج تحقیق دابسن تحت تأثیر عامل وفاداری محقق در جهت مثبت بودن CBT، سوگیری دارند. آنها مطالعاتی را که دابسن مرور شده بودند را دوباره تحلیل کردند و این بار، عامل وفاداری محقق را کنترل نمودند و متوجه شدند که عامل وفاداری محقق، در نیمی از مطالعاتی که به مقایسه‌ی CBT با سایر درمان‌ها پرداخته‌اند، دخیل بوده؛ ولی عامل وفاداری محقق، در ۳۷ مطالعه‌ی دیگر دابسن، هیچ دخالتی نداشته است. توضیح مناسب برای وجود تفاوت در یافته‌ها این است که عامل وفاداری محقق، هنگامی که درمان جدیدی برای اولین بار، مورد تحقیق و ارزیابی قرار می‌گیرد، اغلب به عنوان یک مداخله‌گر عمل نموده؛ ولی بعد از گذشت زمان، تأثیر آن کم‌کم محو می‌شود. دومین تحلیل بر روی مطالعات دابسن نیز هم‌چنان حاکی از این بود که CBT بر گروه انتظار و گروه کنترل و گروه با سایر درمان‌های روان‌شناختی برتری دارد.

گلوگان<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸) به گران‌ترین و دقیق‌ترین فراتحلیل‌گری، در زمینه‌ی کارآیی CBT بر افسردگی دست زدند. یافته‌های آنها، در بالای جدول ۱ گزارش شده‌اند. CBT در مقایسه با گروه انتظار یا گروه دارونما برتری نشان داد. از آن‌جا که گروه انتظار و دارونما یکی نیستند، نیاز است که در مطالعات آتی، به مقایسه‌ی گروه انتظار با گروه دارونما، به طور مجزا پرداخته شود (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳). تفاوت

---

1. Gaffman  
2. Tsaausis  
3. Kempwhedes  
4. Gloaguen

بین CBT و رفتاردرمانگری، از نظر آماری معنادار نبود؛ هر چند، برخی مطالعاتی که در زمینه مقایسه CBT و رفتاردرمانگری انجام گرفته، با گروه‌های نمونه غیر بالینی بوده‌اند، یافته‌های نمونه‌های بالینی در مقایسه با گروه‌های نمونه غیر بالینی به کارآیی همسان CBT و رفتاردرمانگری منجر شده‌اند.

گلوگان و همکاران (۱۹۹۸) همچنین، به مقایسه‌ی CBT با گروهی از درمان‌هایی که تحت عنوان متفرقه طبقه‌بندی شده بودند، پرداختند و متوجه شدند که CBT در حد کمی ( $ES=0/24$ ) نسبت به آنها برتری دارد. وامپولد و همکاران (۲۰۰۲) چنین اشاره می‌نمایند که برخی از درمان‌هایی که در گروه متفرقه‌ی گلوگان قرار دارند (برای مثال تنش‌زدایی تدریجی عضلانی)، یک درمان کامل برای افسردگی به حساب نمی‌آیند. بر اساس ملاک‌هایی که آنها تعیین نمودند، وام پولد و همکاران درمان‌های متفرقه‌ی افسردگی به درمان‌های واجد شرایط (bona fide) و غیر واجد شرایط (non bona fide) طبقه‌بندی کردند. سپس به مقایسه‌ی CBT با درمان‌های واجد شرایط پرداختند و متوجه شدند که CBT تنها، در حد مرزی و به طور اندکی ( $P<0/06$ ,  $ES=0/16$ ) نسبت به درمان‌های واجد شرایط برتری دارد.

مقایسه‌ی CBT (یا هر روان‌درمانگری دیگر) با گروه کنترلی متشکل از مجموعه‌ی ناهمگنی از درمان‌های متفرقه - همانند کاری که گلوگان و همکاران انجام داده‌اند، در بهترین حالت، تنها اطلاعات محدودی در اختیار ما می‌گذارد. نیاز است که در متآنالیزهای آتی، به بررسی مقایسه‌ی CBT با درمان‌های بدیل مشخصی پرداخته شود. به دلیل اینکه تعداد متخصصان درمان روان‌پریشی زیاد است، مقایسه‌ی بین CBT و درمانگری روان‌پریشی برای افسردگی، مورد علاقه و توجه خاصی قرار دارد. تقریباً مقایسه‌های مستقیم کمی در این زمینه به چشم می‌خورد و تعداد آنها به قدری نیست که بتوانند اطلاعات خوبی را برای یک متآنالیز معنادار تدارک ببینند. دو کوشش کنترل‌شده‌ی وسیع و مشهور در حوزه‌ی درمان افسردگی وجود دارد. اولی، پروژه‌ی تحقیقاتی مشترک درمان افسردگی بود که در دهه‌ی ۸۰ انجام شد و به بررسی کارآیی CBT، روان‌درمانگری بین فردی و دارودرمانگری برای افسردگی پرداخت. نتایج CBT و درمان بین فردی (IPT)<sup>۱</sup>، به طور کلی، با یکدیگر یکسان بودند (الکین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۹)؛ همچنین در این مطالعه، نتایج CBT چندان با نتایج IPT یا دارودرمانگری فاصله‌ای نداشتند.

1. Interpersonal Psychotherapy  
2. Elkin

در دهه‌ی ۹۰، شاپیرو و همکاران به مقایسه‌ی اثربخشی CBT با درمان روان‌پریشی - بین فردی (PIT)<sup>۱</sup> برای بیماران افسرده پرداختند. همچنین در این مطالعه، طول جلسات درمان، به طور تجربی دستکاری شد (هشت جلسه در مقابل شانزده جلسه). در پایان کار، نتایج CBT و درمان روان‌پریشی - درمان بین فردی یکسان بودند (شاپیرو، ۱۹۹۴)؛ ولی بعد از گذشت یک سال از اتمام درمان، کسانی که هشت جلسه‌ی درمان روان‌پریشی - درمان بین فردی (PIT) را دریافت نموده بودند، در مقایسه با سه گروه دیگر (هشت جلسه CBT، شانزده جلسه PIT و شانزده جلسه CBT) افت شدیدی را در تمامی مقیاس‌های درمان نشان دادند.

بیشترین مداخله‌ای که برای افسردگی، در امریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد، داروهای ضد افسردگی است. (اولفسون و کلرمن، ۱۹۹۳). گلوگان و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که اثربخشی CBT، به طور معناداری بالاتر از داروهای ضد افسردگی می‌باشد. البته ممکن است که در این نتایج درباره‌ی اثربخشی CBT، تا حدی اغراق شده باشد؛ چرا که گلوگان و همکاران (۱۹۹۸)، در تحقیق خود، هنگام مقایسه‌ی CT با دارودرمانگری، از روش‌شناسی‌ای استفاده کرده‌اند که به جهت CT گرایش داشته است. در حوزه‌ی دارودرمانگری مطالعه‌ای وجود دارد (راش، بک، کراش و هولن، ۱۹۷۷) که از یک هفته قبل از اتمام درمان، شروع به کاهش داروها نموده‌اند و به همراه مطالعه‌ی دیگر (بلک‌برن، بیشاپ، گلن، چریستی، والی، ۱۹۸۱) از جمله مطالعه‌های مؤثری هستند که نشان می‌دهند گروه مقایسه، به طور غیر معمولی، پاسخ کمی به دارودرمانگری می‌دهد. با این حال، این اواخر، باکیفیت‌ترین مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی دیگری نیز در این باره صورت گرفت که به مقایسه‌ی CT با دارودرمانگری، بازدارنده‌های انتخابی سروتونین (پاروکستین) پرداخته است و دریافته‌اند که کارآمدی شناخت‌درمانگری و دارودرمانگری برای درمان ابتدایی افسردگی‌های متوسط تا مه‌اد شدید<sup>۲</sup> یکسان است (دی‌راییس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

ترکیب درمان‌شناختی و دارودرمانگری مختلف، به طور مکرر مورد آزمایش قرار گرفته است. هلن و بک (۱۹۹۴) در مرور روایی<sup>۴</sup> خود گزارش می‌نمایند که ترکیب CT با

1. Psychodynamic-interpersonal therapy (PIT)

2. severe major depression

3. DeRubeis

4. Narrative review

دارودرمانگری مزیت کمی (انحراف استاندارد ۰/۲۵) در مقایسه با استفاده از یکی از آنها، به تنهایی دارد. همچنین مدارکی وجود دارند مبتنی بر اینکه ترکیب روان‌درمانگری با داروهای ضد افسردگی منجر به نتایج معنادار بهتری در ارتباط با افسردگی‌های شدید می‌شود (ثیس و همکاران، ۱۹۹۷)؛ با وجود این، تحلیل ثیس و همکاران انواع مختلفی از روان‌درمانگری را پیشنهاد می‌کنند. این سؤال که آیا اضافه کردن دارودرمانگری به CT منجر به بهتر شدن نتایج درمانی در افسردگی شدید می‌شود یا خیر تا کنون، موضوع هیچ متاآنالیزی نبوده است.

وجود تفاوت بسیار اندک و مرزی بین درمان‌های ترکیبی با درمان تک‌روشی، و طیف بالایی عود در دارودرمانگری بهره‌وری<sup>۱</sup> (اقتصادی بودن) طولانی مدت آن به یک موضوع کلیدی تبدیل شده است. در زمینه‌ی تحلیل بهره‌وری نتیجه‌ی چندین مطالعه بر روی افسردگی، آنتوناکیسیو<sup>۲</sup>، توماس و دانتون<sup>۳</sup> (۱۹۹۷)، در یک دوره‌ی درمانی دوساله، فلوکستین، به تنهایی، ۳۳ درصد هزینه‌ی مورد انتظار بیشتری نسبت به CBT و درمان ترکیبی ۲۳ درصد بیشتر از هزینه‌ی مورد انتظار برای CBT، به تنهایی را در برداشته‌اند.

راینک<sup>۴</sup>، رایان<sup>۵</sup> و دابویس<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) متاآنالیزی را درباره‌ی شناخت‌درمانگری‌های نشانه‌های افسردگی در نوجوانان انجام دادند. تحقیقات نسبتاً کمی در ارتباط با شناخت‌درمانگری در این جمعیت وجود دارد و در بیشتر مطالعات، گروه نمونه‌ی مطالعه کوچک است. بر طبق نتایج گزارش شده، ES شناخت‌درمانگری نسبت به گروه انتظار، درمان تش‌زدایی و درمان حمایتی، در انتهای درمان برتری قابل ملاحظه‌ای داشت. با وجود این، همچنان باید نتایج این فراتحلیل را به عنوان نتایج ابتدایی و مقدماتی در این باب در نظر گرفت. این نکته، به خصوص با توجه به نتایج تحقیقات کنترل شده، از پایگاه‌های چندگانه حقیقت دارد که نتایج CBT در مقایسه با دارونماها در کاهش نشانه‌های افسردگی در نوجوانان دارای اثر یکسانی می‌باشد (تیم درمان نوجوانان مستعد افسردگی US، ۲۰۰۴).

موارد ذکر شده در این قسمت یافته‌هایی هستند که در آنها، جلسات پیگیری<sup>۷</sup> گنجانده شده است. گلوگان و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای، به بررسی کارآمدی CBT در جلوگیری از عود افسردگی پرداخته‌اند. در متاآنالیزی که آنها انجام دادند، هشت مطالعه با

1. cost-effectiveness

3. Danton

5. Ryan

7. Follow-up

2. Antonuccio

4. Reinecke

6. DuBois

عنوان «میزان عود CBT در مقابل داروهای ضد افسردگی در طول یک سال پیگیری بعد از درمان» قرار گرفت. نتایج چنین بود که در بین هشت تحقیق، پنج عدد حاکی از مؤثر بودن CBT برای جلوگیری از عود بودند. به طور متوسط، تنها ۲۹/۵ درصد از بیماران CBT عود داشتند؛ در حالی که ۶۰ درصد بیماران که از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌نمودند، علائم عود را نشان می‌دادند. در درمان نوجوانان افسرده، راینک و همکاران (۱۹۹۸) متوجه شدند که تأثیر CT نسبت به گروه انتظار، روش تنش‌زدایی و درمان حمایتی، بعد از گذشت شش تا دوازده هفته از درمان همچنان باقی است. علاوه بر این، برای تحکیم بخشیدن به این یافته‌ها، نتایج تعدادی از مطالعات مروری اخیر را به آنها اضافه نموده‌ایم (دی‌رایس و کریتز - کریستوف<sup>۱</sup> (۱۹۹۸))، در مطالعه‌ی مروری خود بر روی کارآمدی درمان، نتایج مشابهی را از میزان عود یک سال بعد از درمان CBT، در سه مطالعه‌ی بالینی وسیع گزارش نموده‌اند. میزان عود، بعد از CT، ۲۶ درصد بود؛ در حالی که میزان عود بعد از دارودرمانی ۶۴ درصد بود. پیکس<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۹) این فرضیه را آزمایش نمودند که احتمالاً شانزده جلسه CBT برای بیماران که تا حدی، به دارودرمانی پاسخ مثبت داده‌اند، منجر به جلوگیری از عود می‌شود. آنها متوجه شدند که مجموع عود، بعد از گذشت ۶۸ هفته، به طور معناداری، برای درمان CBT به علاوه‌ی داروهای ضد افسردگی کمتر شد. نتایج یک تحقیق بالینی چندپایگاهی<sup>۳</sup> در سال‌های اخیر، حاکی از آن است که شناخت‌درمانگری برای بیماران که افسردگی متوسط تا شدید دارند تأثیر مداوم و طولانی‌مدتی دارد و همگام با نزدیک شدن به انتهای درمان این تأثیر افزایش یافته، و برابر با تأثیر مصرف داروهای ضد افسردگی است. (ر.ک. هلن و همکاران، ۲۰۰۵). در این مطالعه، بیماران که به شناخت‌درمانگری پاسخ داده بودند، به صورت تصادفی، از گروه خارج شدند و در طول دوازده ماه، با بیماران که به درمان دارویی پاسخ داده بودند، مقایسه شدند. بیماران که به CBT پاسخ داده بودند، به طور معناداری، نسبت به بیماران که به دارودرمانی پاسخ داده بودند، عود کمتری داشتند (۳۱ درصد در مقابل ۷۶ درصد) و حتی میزان آنها نسبت به بیماران که به طور مداوم، دارو مصرف نموده بودند، نیز میزان عود کمتری داشتند (۳۱ درصد در مقابل ۴۷ درصد).

از سال ۲۰۰۴ تاکنون تجزیه و تحلیل‌ها در زمینه کارآمدی درمان‌های روان‌شناختی به ویژه

1. Crits-Cristoph  
2. Paykes  
3. multi-site

درمان‌های شناختی رفتاری ادامه یافت و موضوع مورد توجه به مقایسه روش‌های مختلف درمان، تأثیر یکسان درمان انفرادی و گروهی<sup>۱</sup> و ماندگاری تأثیر درمان، ادامه یافته است.

## ۲-۲. اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (GAD)

کارآمدی CT برای GAD، در متاآنالیزی توسط گلد، اتو، پولاک و یاپ<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) مورد ارزیابی قرار گرفته است. تعداد مطالعات در این زمینه کم است و نیازمند مطالعات بیشتری در آینده است. نتایج مطالعات برای CT بسیار قوی هستند؛ به طوری که CT برای GAD به طور قابل ملاحظه‌ای گروه انتظار، گروه کنترل، درمان غیر مستقیم و دارونماها برتری دارد. گولد و همکاران طبق تحقیقی گزارش می‌نمایند که CT و دارودرمانگری سطوح بهبودی یکسانی از رشد را پیش از درمان، تا پس از درمان نشان می‌دهند ( $ES_u=0/70$  و  $0/61$ ). بنزودیازپین‌ها ( $ES=0/70$ ) رایج‌ترین داروهایی بودند که در این مطالعات مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

در مورد تأثیر طولانی‌مدت نتایج، گلد و همکاران (گلد، باکمینستر، پولاک، اتو، و یاپ و دیگران، ۱۹۹۷) اشاره می‌نمایند که تأثیرات CBT، در طول شش ماه بعد از درمان ( $ES=0/05$ ) پایدار است. این نتایج برای دارودرمانگری در دسترس نمی‌باشند؛ به دلیل اینکه داده‌های مناسبی برای نتایج دارودرمانگری، بعد از گذشت زمان طولانی وجود ندارند. دی‌راییس و کریتس - کریستوف (۱۹۹۸)، در یک مطالعه‌ی مروری GAD متوجه تأثیرات قوی و پایدار CT، در طول سه، شش و دوازده ماه بعد از درمان شدند. به علاوه، گزارش‌های اخیر بیانگر تأثیر پایدار CT تا ۸-۱۰ سال، بعد از درمان می‌باشند (دورهام<sup>۳</sup>، چامبرز<sup>۴</sup> مک دونالد، پاور<sup>۵</sup> و میجور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). همچنین، به طور کلی، نشان داده نشده است که تأثیر CT، در طولانی‌مدت، نسبت به سایر درمان‌ها بیشتر می‌باشد؛ برای مثال طبق مطالعه‌ای، ۵۸ درصد از نشانه‌های بالینی ثبت‌شده‌ی مربوط به CT، به طور معناداری، در طول ۱۲ ماه پیگیری تغییر می‌کنند؛ در حالی که در مقایسه با آن ۳۸ درصد از شواهد تنش‌زدایی کاربردی تغییر می‌نمایند (بورکوک<sup>۷</sup> و کاستلو<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳).

1. Cuijpers Pim, Annemieke van Straten, Lisanne Warmerdam (2008).

2. Yap

3. Durham

4. Chambers

5. Power

6. Major

7. Borkovec

8. Costello

از سال ۲۰۰۴ به بعد ولز<sup>۱</sup> و کینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) با طرح درمانگری فراشناختی مدعی شدند که CBT تأثیر متوسطی بر GAD دارد. فیشر و دورهام (۱۹۹۹)، در یک تحلیل مجدد از شش مطالعه در زمینه‌ی تأثیر CBT، میزان متوسط تأثیر این شیوه‌ی درمانی را ۴۰ درصد گزارش کردند.

ارنتر<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) میزان تأثیر درمان شناختی - رفتاری و تنش‌زدایی کاربردی (AR) را با هم مقایسه کرد. در ارزیابی بعد از درمان، میزان بهبودی حاصل از CBT را ۳۵ درصد و میزان بهبودی حاصل از AR را ۴۴/۴ درصد گزارش کرد. در پیگیری ۶ ماهه پس از درمان، این میزان به ۵۵ درصد برای CBT و ۵۳/۳ درصد برای AR افزایش یافت. این نتایج بیانگر تغییر‌پذیری نتایج درمان در این زمینه است.

### ۲-۳. اختلال وحشت‌زدگی

نتایج تحقیقات در زمینه‌ی تأثیر CT برای وحشت‌زدگی<sup>۴</sup> حمایت‌کننده و قوی هستند. گلد و همکاران (۱۹۹۵) متآنالیزی با موضوع مقایسه‌ی مداخله‌های شناختی با درمان‌های مواجهه‌سازی<sup>۵</sup> و موقعیت‌های گوناگون کنترل انجام دادند. از میان درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان‌هایی که به بازسازی شناختی همراه با مواجهه‌سازی می‌پردازند نسبت به سایرین تأثیرگذاری قوی‌تری دارند (۸۸ درصد=ES). این ترکیب از مداخلات، یک رویکرد استاندارد CBT برای درمان اختلال پانیک به شمار می‌آید. به طور کلی، CBT بالاترین ES (ES=۰/۶۸) را در مقایسه با درمان‌های دارویی (ES=۰/۴۷) و درمان‌های ترکیبی (ES=۰/۵۶) به خود اختصاص می‌دهد. شاید تأثیرگذارترین مورد این باشد که درمان‌های شناختی - رفتاری، بعد از گذشت یک سال، تقریباً، هیچ‌گونه تنزلی در ES (ES=۰/۰۷-) در مقایسه با دارودرمانی که تنزل قابل توجهی در ES (ES=۰/۴۶-) نشان می‌دهد، ندارند. نکته‌ی بسیار مهم دیگر این است که در درمان‌های شناختی - رفتاری، بازگشت تدریجی<sup>۶</sup> بسیار کمی (۵/۶ درصد) در مقایسه با درمان‌های دارویی (۱۹/۸ درصد) دیده می‌شود. اوی و همکاران (۱۹۹۹) به مقایسه‌ی نمره‌های بیماران پانیک در انتهای درمان و در جلسات پیگیری، با جمعیت عمومی پرداخت. آنها ES را از طریق

1. Well

3. Arntz

5. Exposure treatment

2. King

4. Panic disorder

6. attrition

تفریق میانگین نمره‌ی گروه‌درمانی از جامعه و سپس تقسیم آن بر انحراف استاندارد جامعه محاسبه نمودند. آنها دریافتند که CT نشانه‌های پانیک را کاهش داده و آنها را در سطح و پایین‌تر از سطح نشانه‌هایی که در جمعیت عمومی وجود دارد، قرار می‌دهد و آنهایی که پس از فواصل پیگیری نامشخص درمان می‌گیرند، پایدار باقی می‌ماند.

#### ۲-۴. هراس اجتماعی

در سال‌های اخیر، درمان شناختی - رفتاری برای هراس اجتماعی دوباره و در دو متآنالیز مورد تحقیق قرار گرفته است (فسک و چامبلس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ گلد، باچمینستو و همکاران، ۱۹۹۷). آخرین و گران‌ترین متآنالیزی که در این زمینه انجام شده و در آن، یافته‌های فسک و چامبلس مورد بازسازی قرار داده‌اند، بیانگر این است که CT نسبت به گروه انتظار و دارونما ( $ES=0/93$ ) برتری دارد، و مشابه مداخلات مواجهه‌ای بدون بازسازی شناختی ( $ES=0/89$ ) و ترکیب هر دو مداخله ( $ES=0/80$ ) است. آنها دریافتند که متوسط ES برای مداخلات دارویی برابر  $0/62$  بود، همراه بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سوماتونین<sup>۲</sup> ( $ES=1/89$ ) بود که بر بنزودیازپین‌ها ( $ES=0/72$ ) برتری داشتند. در هیچ متآنالیزی به بررسی تأثیرات طولانی‌مدت درمان‌های هراس اجتماعی گزارش نشده است. صرفاً دی‌رابیس و کریتس - کریستوف (۱۹۹۸)، در تحقیقی چنین گزارش کرده‌اند که یافته‌های درمانی پنج کار بالینی، بعد از گذشت مدت طولانی پایدار باقی مانده‌اند.

#### ۲-۵. اختلال وسواس بی‌اختیاری

گاهی مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ<sup>۳</sup>، به عنوان درمان انتخابی OCD در نظر گرفته می‌شود؛ با این وجود، امروزه مدارکی مبتنی بر کارآمدی همان CBT با این درمان وجود دارد (آلبراموتیز، ۱۹۹۷). نتایج متآنالیزی که ون بالکوم<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) انجام دادند، نشان می‌دهد که درمان شناختی یا ناشناختی - رفتاری برای OCD منجر به تنزل

1. Chambles  
2. Selective serotonin reuptake inhibitors  
3. ERP (Exposure with Response Prevention)  
4. Van Balkom

قابل ملاحظه‌ای، طبق برآوری که توسط خود بیماران ( $ES_u=1/3$ ) و ارزیابی‌ها ( $ES_u=1/86$ ) انجام شده است، در نشانه‌های OCD می‌شود. به علاوه این نتایج درمانی ۶ ماه تا ۱ سال بعد از درمان پایدار باقی می‌مانند. آبراموتز<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) دریافت که ES چهار مقایسه‌ی مستقیم CBT با ERP هیچ تفاوتی را بین درمان‌ها نشان نمی‌دهد. همچنین در یک تحقیق بالینی کنترل‌شده، درمان ترکیبی (درمان‌شناختی همراه با ERP) نسبت به ERP به تنهایی، نتایج بیشتری را برای OCD مقاوم به دارو نشان داد (رکتور و همکاران، ۲۰۰۵).

### ۲-۶. اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)

«مرکز همکاری ملی سلامت روان»<sup>۲</sup>، در بریتانیای کبیر، به یک مطالعه‌ی مروری بر روی متاآنالیزهای مرتبط با تحقیقات انجام‌شده در PTSD پرداخته است. طبق قراری که با انیستیتوی ملی برای امتیازات بالینی<sup>۳</sup> گذاشته شده بود، این متاآنالیز به عنوان پایه‌ای برای کلیه‌ی برنامه‌های علمی — درمانی برای PTSD در نظر گرفته شده است (دانشکده‌ی روان‌پزشکی و انجمن روان‌شناسی بریتانیا، ۲۰۰۵). این مطالعات مروری روی CBT مبتنی بر تروما<sup>۴</sup>، طیف وسیعی از بیماران شامل بازماندگان تصادفات، قتل، تجاوز جنسی (شامل تجاوزهای جنسی دوران کودکی)، خشونت خانگی، جنگ، گروه‌هایی با تروماهای گوناگون و پناهنده‌هایی با رویدادهای تروماتیک مختلف را پوشش داد. به طور کلی، نتایج فواید بالینی بسیاری را برای CBT مبتنی بر تروما نسبت به گروه انتظار و گروه کنترل در همه‌ی سنجش‌های مربوط به نشانه‌های PTSD نشان دادند ( $ES=1/49$  میانگین)؛ همچنین مدارکی دال بر این موضوع وجود دارند که CBT مبتنی بر تروما، از نظر بالینی، تأثیر معناداری بر افسردگی و اضطراب این بیماران گذاشته است. درمان دیگری که توسط این مطالعه‌ی مروری از آن حمایت شده است، درمان «حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکت چشم»<sup>۵</sup> می‌باشد. محققان متوجه شدند که هر دو درمان EMDR و CBT خصوصاً، در مورد کسانی که از PTSD به خاطر یادآوری واقعه‌ی آسیب‌زا رنج می‌برند و معانی واقعه و پیامدهای آن را شخصی می‌کنند، مؤثر هستند. همچنین طبق نتایج این متاآنالیزها، مقایسه‌ی این دو درمان

1. Abramowitz  
2. Nati (The National Collaborating Center for Mental Health in Great Britain)  
3. NICE  
4. Troma  
5. EMDR

تفاوت معناداری را بین آنها درباره‌ی نتایج درمانی و سرعت تغییرات درمانی، مبتنی بر برتری یکی از درمان‌ها بر دیگری نشان نمی‌دهد.

## ۷-۲. اسکیزوفرنیا

در حالی که دارودرمانگری درمان خط اول برای اسکیزوفرنیا به حساب می‌آید، از آنجا که داروهای آنتی‌سایکوتیک، به طور کامل کارآمد نیستند (استال، ۱۹۹۹) و عدم مصرف دارو در بین بیماران مشکلی شایع است (راتاکوندا، میلر، گومن و شریف، ۱۹۹۷)، نیاز به وجود یک درمان کمکی احساس می‌شود. بوچارد<sup>۱</sup>، ولیرز<sup>۲</sup>، روی و مازیاد<sup>۳</sup>، (۱۹۹۶) به یک مطالعه‌ی مروری بر روی پانزده تحقیق در زمینه‌ی مداخله‌های رفتاری و شناختی برای هذیان‌ها و توهم‌ها پرداختند. یافته‌های آنها حاکی از آن است که CBT کاهش معناداری را در این نشانه‌ها ایجاد نموده است.

زمانی که بوچارد و همکارانش به مطالعه‌ی مروری دست زدند، تنها پنج مقاله‌ی بالینی با روش نمونه‌گیری تصادفی در این زمینه به چاپ رسیده بود. رکتور<sup>۴</sup> و بک (۲۰۰۱) مقالات جدید را مرور نموده، ES آنها را گزارش کردند. آنها دریافتند که CBT به علاوه‌ی مراقبت‌های مرسوم (دارودرمانی، مدیریت بیمار) منجر به بهبودی قابل توجه و ماندگاری نشانه‌های مثبت، نشانه‌های منفی و کل نشانه‌ها بعد از درمان می‌شود (ES=۱/۲۳ میانگین). بیمارانی که تنها، از درمان‌های مرسوم استفاده کرده بودند، بهبودی کمتری را گزارش کردند (ES=۰/۱۷). سایر مداخلات روان‌شناختی همانند درمان‌های حمایتی یا دوست‌یابی نتایج متوسطی داشتند (ES=۰/۶۰ میانگین).

گلد، موزر<sup>۵</sup>، بولتن<sup>۶</sup>، مایز<sup>۷</sup> و گف<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) نتایج هفت آزمایش کنترل‌شده‌ی CT را برای اسکیزوفرنیا در ارتباط با کارآمدی CT بر نشانه‌های سایکوتیک مورد تحلیل‌گری قرار داد. هدف مداخلات CBT تغییر باورهای ناکارآمد بیمار در زمینه‌ی هذیان‌ها و توهم‌های او است تا بر اساس آن، پیامدهای منفی این نشانه‌ها در عملکرد روزانه‌ی این افراد کاهش یابند. آنها ES بزرگی در اثر کاهش نمرات نشانه‌های سایکوتیک، قبل و

1. Bochard  
3. Maziade  
5. Muser  
7. Mays

2. Vallieres  
4. Rector  
6. Bolto  
8. Goff

بعد از درمان به دست آوردند ( $ES=0/65$  میانگین). از این هفت مطالعه، پنج مطالعه تفاوت معناداری را بین موقعیت‌های درمانی و کنترل در پس‌آزمون گزارش نموده‌اند. دو مطالعه‌ی باقی‌مانده کاهش معناداری را در نشانه‌های سایکوتیک گزارش کردند. در مورد یافته‌های مبتنی بر پیگیری، رکتور و بک (۲۰۰۱) متوجه شدند که از میان پنج مطالعه، بررسی  $ES$  میزان تغییر در فراوانی نشانه‌های هذیان و توهم گویای این مطلب است که تفاوت بسیار زیادی بین پیش‌آزمون و پیگیری ( $ES=1/48$ ) به چشم می‌خورد؛ همچنین  $ES$  بزرگی در مورد تغییر در قدرت نشانه‌های منفی نه ماه بعد از مطالعه، در سه مطالعه‌ی مختلف دیده می‌شود ( $ES=0/88$ ). همچنین دیده شد که  $ES$  کم تا متوسط برای تغییر در نشانه‌های منفی تحت درمان حمایتی یا شرایط مراقبت‌های معمول، بین زمان اتمام درمان و پیگیری آن کاهش می‌یابد (از  $ES=0/47$  به  $ES=0/22$ )؛ در مقابل،  $ES$  برای موقعیت  $CBT$ ، با وجود کاهش موقعیت، در پیگیری همچنان بالا باقی می‌ماند ( $ES=0/88$ ). همگام با این یافته‌ها، گلد و همکاران (۲۰۱۱) چهار مطالعه‌ی را که در آنها، پیگیری تا زمان طولانی بعد از درمان انجام شده بود گزارش نمودند که بر طبق آنها،  $ES$  بیمارانی که  $CT$  دریافت نموده بودند، پایدار باقی مانده و حتی گاهی نیز افزایش یافته بود ( $ES=0/93$ ).

#### ۲-۸. پریشانی زناشویی

دان<sup>۱</sup> و شیبیل<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، در یک فراتحلیل‌گری مروری، به بررسی نتایج چند متاآنالیز در ارتباط با درمان‌گری زناشویی پرداختند. آنها متوجه شدند که  $ES$  پس از درمان، برای زناشویی درمان‌گری شناختی - رفتاری<sup>۳</sup> در مقایسه با عدم درمان  $0/71$  می‌باشد که این  $ES$  به طور معناداری، با  $ES$  زناشویی درمان‌گری رفتاری تفاوت نداشت<sup>۴</sup> ( $ES=0/78$ )؛ ولی از نظر آماری، با زناشویی درمان‌گری بین فردی<sup>۵</sup> ( $ES=1/37$ ) تفاوت معناداری داشت. تفاوت اثربخشی  $CBMT$ ،  $BMT$  و  $IOMT$ ، در جلسات پیگیری معنادار نبود، ( $1/04$  و  $0/54$  و  $0/54$ ). در تغییرات رفتاری که در زوجها به وجود آمده بود،

1. Dunn  
2. Schwebel  
3. CBMT  
4. BMT  
5. IOMT

هیچ تفاوت معناداری بین BMT, CBMT و IOMT ( $0/87$  و  $0/54$  و  $0/79$ ) وجود نداشت؛ همچنان که هیچ تفاوت معناداری نیز در پیگیری ( $0/69$  و  $0/75$  و  $0/52$ ) دیده نشد. یک نکته‌ی بسیار جالب این است که ES مشاهده‌شده برای CBMT بین فاصله‌ی پایان درمان و جلسات پیگیری افزایش یافته بود.

### ۲-۹. خشم

بک و فرناز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) نتایج ۵۰ مطالعه را روی خشم با ۱۶۴۰ آزمودنی مرور نمودند و بسیاری از آنها کسانی بودند که در برنامه‌هایی که برای خشونت‌های خانگی تنظیم شده بود، شرکت می‌کردند. آنها یک ES متوسط ( $0/70$ ) برای درمان شناختی - رفتاری در مقابل آزمودنی‌هایی که در گروه کنترل بودند و درمانی دریافت نکرده بودند، یافتند. به طور متوسط، مراجعینی که درمان شناختی - رفتاری دریافت نموده بودند، نسبت به ۷۶ درصد از کسانی که درمان دریافت نموده بودند، عملکرد بهتری در کاهش خشم داشتند.

### ۲-۱۰. پرخوری عصبی

ویتال<sup>۲</sup>، آگراس<sup>۳</sup> و گلد (۱۹۹۹)، در یک پژوهش متاآنالیز، ۵۴ مقایسه را در ارتباط با درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مربوط به پرخوری عصبی مورد مطالعه قرار دادند و متوجه شدند که CBT باعث می‌شود پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در اختلال خوردن، رفتارها و نگرش‌های خوردن می‌گردد. پیشرفت‌هایی که بعد از درمان CBT، در فراوانی پرخوری، فراوانی پاک‌سازی و نگرش‌های مربوط به خوردن به وجود می‌آید، به طور معنی‌داری، بیشتر از پیشرفت‌هایی هستند که بیماران، بعد از دارودرمانگری نشان می‌دهند (به ترتیب،  $0/71$  و  $0/39$ ،  $0/66$  ES<sub>u</sub>'s دارو).

ضمناً تعداد مطالعات کنترل‌شده‌ی بسیار کمی در ارتباط با درمان شناختی - رفتاری پرخوری عصبی وجود دارند؛ در حالی که به نظر می‌رسد رویکرد شناختی - رفتاری برای پرخوری عصبی نویدبخش است (ر.ک. ویلسون و فرایرن، ۱۹۹۸). به نظر می‌رسد که قضاوت کردن تنها، بر اساس یک مطالعه‌ی متاآنالیز عجولانه است.

1. Fernadez  
2. Whittal  
3. Agras

### ۲-۱۱. اختلالات درونی‌شده‌ی دوران کودکی

کروسمن<sup>۱</sup> و هاکس<sup>۲</sup> (۱۹۹۲)، در یک مطالعه‌ی مروری، به بررسی ۲۲ مطالعه پرداختند که تحت عنوان مداخلات «خودمهارگری» برای درمان اختلالات جسمانی کردن، اضطراب و افسردگی در کودکان ارجاع شده بودند. این نویسندگان اصطلاح «درمانگری خودمهارگری» را مترادفی گرفتند برای درمان شناختی-رفتاری؛ به خصوص، برای مداخلاتی که «هدف آنها آموزش روش‌های مقابله‌ی مؤثر یا پردازش شناختی ناقص یا تحریف شده است» (ص ۲۳۱۰). آنها دریافتند که درمان شناختی-رفتاری بر عدم درمان، گروه دارونما برای کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی کردن، اضطراب و افسردگی برتری بسیاری دارد. میانگین اولیه‌ی ES (۰/۷۴) نسبتاً زیاد بود، و ۷۷ درصد از تأثیرات درمانی، در جلسات پیگیری همچنان باقی مانده بودند (میانگین طول مدت: ۲۶ هفته).

### ۲-۱۲. تخلف و جرائم جنسی

یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که در تخلف‌های جنسی به چشم می‌خورد، اعتیاد به ارتکاب این تخلف‌ها می‌باشد. ناگایاماها<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) طی یک مطالعه‌ی متاآنالیز، ۱۲ مطالعه‌ی درمانی اخیر در این حوزه را مورد بررسی قرار داد، که در ۵ مورد از آنها رویکرد شناختی-رفتاری استفاده شده بود. آزمودنی‌های این ۵ مطالعه بزرگسالان و نوجوانانی بودند که به تجاوز به عنف (Rape)، اقدام به تجاوز به عنف و یا کودک‌آزاری،<sup>۴</sup> متهم شده بودند. اعتیاد به ارتکاب تخلف‌های جنسی، در هر مطالعه تعریف متفاوتی داشت ولی در تمام آنها برای تعیین اعتیاد به ارتکاب تخلف‌های جنسی از گزارش‌های رسمی استفاده شده بود. میانگین ES درمان شناختی-رفتاری در مقایسه‌ی با عدم درمان ۰/۳۵ بود که برابر با میانگین درمان هورمونی (hormonal therapy) و بالاتر از میانگین درمان رفتاری بود. علاوه بر این در CBT استنکاف و ریزش کمتری در آزمودنی‌ها نسبت به درمان هورمونی دیده می‌شد. در حالی که ES درمان شناختی-رفتاری نسبتاً کم است، ولی با توجه به میزان تأثیری که این رفتار بر روی قربانیان می‌گذارد، هر گونه کاهش در اعتیاد

1. Grossman

2. Hughes

3. Nahayamahall

4. hormonal therapy

به ارتکاب تخلف‌های جنسی از نظر بالینی معنادار به حساب می‌آید. طبق گزارشات، تأثیرات درمانی بعد از اتمام دوره‌ی درمان، بین ۱ تا ۲۸ سال (۱/۵ سال = میانگین) بوده است که این خود بیانگر تأثیر طولانی مدت آن می‌باشد.

### ۱۳-۲. درد مزمن

در یک متآنالیز، مورلی<sup>۱</sup>، اکلستون<sup>۲</sup>، و ویلیامز<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) ۲۵ کار بالینی را بررسی کردند که در آنها، کارآمدی درمان شناختی برای درد (به جز سردرد) با گروه انتظار و موقعیت کنترل جایگزین مقایسه شده بودند را مورد بررسی قرار دادند. آنها اندازه‌گیری‌های متغیر وابسته‌ی خود را در چندین حوزه طبقه‌بندی نمودند: الف) تجربه درد؛ ب) خلق؛ ج) ارزیابی و مقابله‌ی مؤثر شناختی؛ د) فعالیتی که طی درد کاسته می‌شود یا رفتار مربوط به درد؛ ه) کنش‌وری نقش‌های اجتماعی. درمان‌های شناختی در تمامی حوزه‌ها به جز بیان رفتار مربوط به درد، با میانگین کل ES برابر با ۰/۴۶، به طور معنی‌داری، بر گروه انتظار برتری دارد. اندازه‌های اثر برای درمان شناختی در تمام حوزه‌ها بسیار بزرگ‌تر از درمان رفتاری بود، البته با توجه به این نکته که تعداد مطالعات کمتری در حوزه‌ی درمان رفتاری وجود دارد. مطالعات بسیار کمی وجود دارند که به مقایسه‌ی ES استفاده از بیوفیدبک با درمان شناختی - رفتاری پرداخته باشند. با این وجود ES گزارش شده توسط مورلی و همکاران برای استفاده از بیوفیدبک، در حدود ۰/۷ می‌باشد که می‌تواند یک مداخله‌ای امیدوارکننده در حوزه اختلال درد مزمن به حساب آید. هنگامی که CBT با مجموعه‌ای از درمان‌های جایگزین ناهمگن (به جز بیوفیدبک یا رفتار درمان) مقایسه شد، مشخص شد که CBT در کاهش تجربه‌ی درد، افزایش ارزیابی و مقابله‌ای مؤثر مثبت‌شناختی، و کاهش بیان رفتار مربوط به درد نسبت به آنها برتری دارد. داده‌هایی که بیانگر مدت طولانی کارآمدی CBT باشند در اختیار نداریم.

### ۳. خلاصه و نتیجه‌گیری

هنگام مرور ۱۶ مقاله‌ی متآنالیز اخیر، تلاش نمودیم که به سؤالات زیر پاسخ دهیم: CBT چقدر کارآمد است؟ برای چه اختلال‌هایی؟ و در مقایسه با چه روش‌هایی؟ و چقدر این

1. Morley  
2. Eccleston  
3. Williams

اثرات باقی می‌مانند؟ در مجموع، جزئیات یافته‌های این مرور حاکی از آن هستند که CT برای افسردگی یک‌قطبی دوران بزرگ‌سالی، افسردگی یک‌قطبی دوران نوجوانی، اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته، اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی، هراس اجتماعی، PTSD و اضطراب و افسردگی دوران کودکی کارآمدی بالایی دارد. میانگین کلی اندازه‌ی اثر مقایسه‌ای - ارزش‌گذاری شده برای درمان CBT این اختلالات با موقعیت عدم درمان، گروه انتظار، گروه کنترل دارونما ۰/۹۵ (SD=۰/۸۰) می‌باشد. CBT باعث بهبودی بسیار زیادی در نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی ایجاد شده و ES آن (SD=۰/۱۱ و M=۱/۲۷) به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از دارودرمانگری می‌باشد. CBT نتایج امیدوارکننده‌ای را به عنوان درمان کمکی در کنار دارودرمانگری برای اسکیزوفرنیا داشته است. میانگین ES کنترل‌نشده برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که علاوه بر درمان‌های دارویی معمول، CBT نیز دریافت کرده بودند ۱/۲۳ است که در مقایسه با کسانی که تنها از درمان‌های دارویی معمول استفاده نموده بودند (ES=۰/۱۷) به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر بود. ES متوسط برای شناخت‌درمانگری (CT) در مقایسه با گروه کنترل (M=۰/۶۲، SD=۰/۱۱) برای مشکلات زناشویی، خشم، اختلالات جسمانی دوران کودکی، و انواع حوزه‌های دردهای مزمن (برای مثال رفتار مربوط به بیان درد، سطح فعالیت، عملکرد نقش اجتماعی و ارزیابی و مقابله‌ی مؤثر شناختی) به دست آمد. CT در درمان افسردگی یک‌قطبی دوران بزرگ‌سالی نسبت به داروهای ضد افسردگی تا حدی برتری دارد (۳۸ درصد ES) در درمان افسردگی دوران بزرگ‌سالی، کارآمدی CT برابر با کارآمدی رفتاردرمانی می‌باشد (ES=۰/۰۵). در درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری نیز همین طور است (ES=۰/۱۹). CBT مبتنی بر تروما و EMDR تخلف جنسی نسبتاً پایین است (ES=۰/۳۵)؛ با این وجود CBT و درمان‌های هورمونی کارآمدترین درمان‌های موجود برای کاهش اعتیاد ارتکاب جرایم جنسی در این جمعیت می‌باشد. در نهایت اینکه، CT نسبت به درمان‌های حمایتی/ غیر مستقیم در تعداد کمی از تحقیقاتی که این دو را به طور مستقیم با یکدیگر مقایسه کرده بودند، برتری نشان می‌دهد که این تحقیقات شامل دو مقایسه برای اختلال افسردگی نوجوانی (ES=۰/۸۴) و دو مقایسه برای اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (ES=۰/۷۱) می‌باشند.

همچنین ما تلاش کردیم که به این سؤال نیز پاسخ دهیم که تأثیرات CBT تا چه حد و تا چه مدتی بعد از پایان درمان در جلسات پیگیری پایداری باقی می‌ماند؟

بعد از مرور متاآنالیزها، به جرأت می‌توان اشاره نمود که تا مدت بسیار زیادی بعد از اتمام درمان نتایج همچنان پایدار باقی خواهند ماند. به طور اختصاصی تر مدارکی دال بر معنی دار بودن کارآمدی CBT بعد از یک مدت طولانی برای اختلال افسردگی، اضطراب تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، OCD، تخلف جنسی، اسکیزوفرنیا و اختلالات درونی‌شده‌ی دوران کودکی وجود دارد. از بین این موارد برای اختلال افسردگی و وحشت‌زدگی مدارک متاآنالیز بسیار زیادی وجود دارند که مبتنی بر کارآمدی بسیار وسیع CBT در درمان آنها می‌باشد که در مقایسه‌ی با درمان دارویی ۵۰٪ عود کمتری دارد. به علاوه، به نظر می‌آید که در مقایسه با تکنیک‌های تنش‌زدایی تأثیرات CT در درمان GAD تا مدت‌زمان طولانی تر پایدار باقی بماند.

مرور متاآنالیزهای موجود، دانش ما را درباره‌ی تأثیر CT بر روی حوزه‌ی وسیعی از اختلالات گسترش می‌دهد. با این وجود، متاآنالیزهای آتی می‌بایست ۱. این کار را با هدف ارزیابی کارآمدی CBT بر حوزه‌ی وسیع‌تر و دامنه‌ی اختصاصی‌تری از اختلالات ادامه دهند؛ ۲. این کار را با هدف ارزیابی کارآمدی CBT در مدت‌زمان طولانی ادامه دهند؛ ۳. این کار با هدف ارزیابی کارآمدی CBT در مقایسه با سایر درمان‌ها ادامه دهند. برای مثال، در مورد تحقیق کنترل‌شده‌ای که لام<sup>۱</sup> و دیگران (Lam)، (۲۰۰۳)، در عین احترام به پژوهش‌های قبل، راجع به جلوگیری از عود در CBT در اختلالات دوقطبی انجام داده‌اند، دریافته‌اند که بیمارانی که از طریق CBT درمان می‌شوند به طور معنی‌داری نتایج بهتری (برای مثال، دوره‌های کوتاه‌تر در کمتر دوقطبی، بستری در بیمارستان کمتر، تنوع کمتر در نشانه‌های مانیا و...) در طول یک سال پیگیری نشان می‌دهند، با این وجود، به دلیل اینکه اخیراً هیچ مقاله‌ی متاآنالیزی بر روی یافته‌های CBT برای اختلال دو قطبی وجود ندارد، انجام یک فرایند متاآنالیز می‌تواند خدمت خوبی برای تکمیل مطالعات مشابه در این زمینه باشد.

به همین ترتیب، این مطالعه‌ی مروری نشان می‌دهد که برای بسیاری از اختلالات هیچ‌گونه مدارک مستندی برای پاسخگویی به سؤال پایداری تأثیرات CBT در مقایسه با سایر درمان‌های روان‌شناختی و دارویی دیگر وجود ندارد. میزان برتری یا عدم برتری که CBT در جلسات پیگیری نسبت به سایر درمان‌ها دارد در این مطالعه‌ی مروری تنها

---

1. Lam

تا حدودی از طریق مرور متاآنالیزهای موجود مورد بررسی بررسی قرار گرفت. برای مثال یافته‌های محدودی درباره‌ی تأثیرات طولانی‌مدت CBT بر خشم، پرخوری عصبی و روان‌بی‌اشتهایی در دست می‌باشد. آخرین مدارکی که در دسترس هستند به طور کلی دال بر فواید CBT می‌باشند. برای اختلالاتی که چنین یافته‌هایی در مورد آنها محدود است، مطالعات مروری اخیر CBT را ترکیب نمودیم. برای مثال، مطالعه‌ی مروری که دی‌رابیس و کریتز — کریستوف (۱۹۸۹) انجام شده است، درباره‌ی اثربخشی طولانی‌مدت CBT برای افسردگی، GAD و هراس اجتماعی خوبی در اختیار ما می‌گذارد. پرواضح است که تحقیقات بیشتری برای مقایسه‌ی CBT با سایر درمان‌ها مورد نیاز است. همچنین، ES گزارش شده برای مقایسه‌ی کارآیی CBT با سایر درمان‌ها در مورد افسردگی نوجوانی، GAD، اختلال پانیک و OCD می‌بایست به عنوان یک داده‌ی اولیه و ابتدایی مد نظر قرار گیرد. به دلیل اینکه مطالعات اندکی برای متاآنالیزهای متناظر بر این اختلال‌ها وجود دارد (ویلکینسون، ۱۹۹۹).

متاآنالیزهایی که در آینده انجام خواهند شد راجع به یافته‌های طولانی‌مدت با چالش‌هایی مواجه خواهند شد مانند متغیر نقطه‌ی زمانی ارزیابی پیگیری در طول مطالعات و مدیریت و بررسی داده‌های مراجعانی که در جلسات پیگیری از مطالعه ریزش کرده‌اند (دابسن، ۱۹۸۹). با وجود این موانع، آزمایش تأثیرات بلندمدت درمان‌ها، تلویحات انتقادی را درباره‌ی قابلیت اجرای درمان‌ها، توصیه‌های درمانی و تصمیم‌گیری و تعیین مقرون به صرفه بودن درمان و کارآمدی اقتصادی آنها، به همراه دارد.

متاآنالیزها امکان بازشناسی فزاینده‌ای را در اختیار ما می‌گذارند و یک فرآیند معتبر برای ارزیابی کارآیی یک درمان می‌باشند (کوپر و هکز، ۱۹۹۴؛ ویلکینسون، ۱۹۹۹). با این وجود، هنگامی که نتایج این مطالعات مروری را بررسی می‌کنیم می‌بایست به محدودیت‌های آن نیز توجه داشته باشیم. اقدام به گزارش ES چندگانه یا ترکیبی برای مطالعات انفرادی تا زمانی که آنها نوعاً مستقل نباشند، مشکل‌زا خواهد بود. چرا که باعث می‌شود که به بعضی از مطالعات نسبت به مطالعات دیگری وزن بیشتری اختصاص داده شود. به علاوه، جمع کردن یا گردآوری ساده‌ی ES‌ها با یکدیگر ممکن است به تغییرپذیری بسیار مهمی که در بین مطالعات در دقت روش‌شناسی، ویژگی‌های نمونه، و ابزارها و فرآیندهای اندازه‌گیری وجود دارد را بپوشاند و مانع از این شود که

این عوامل مورد توجه قرار گیرند. در بعضی موارد این عوامل می‌توانند به صورت کمی ارزیابی شده و در مشارکت در یک متاآنالیز به عنوان متغیر تعدیل‌گر مورد استفاده قرار بگیرند. تا حد ممکن، ما گزارشاتی را حول و حوش متغیرهای مهم تعدیل‌گر که حاصل مطالعات متاآنالیز گذشته بودند وارد نمودیم (برای مثال، وفاداری محقق در مطالعات افسردگی). در هر حال، گنجاندن متغیرهای تعدیل‌کننده، در متاآنالیزهایی که ما مرور نمودیم مورد توجه قرار نگرفته بودند. محدودیت دیگر گرفتن میانگین اندازه‌های اثر این است که احتمالاً حرکت به سمت موفقیت و شکست از نظر پنهان می‌ماند و این نکته در تعبیر و تفسیر نتایج بسیار بااهمیت است. همچنین اشاره به این نکته جای دارد که نتایج این مطالعه‌ی مروری متاآنالیزها متشکل از متاآنالیزها و مطالعات مروری اخیر (جدید) بوده که حاصل مطالعات اولیه‌ی با کیفیت بسیار بالایی هستند (دی‌رابیس و کریتز - کریستوف، ۱۹۹۸؛ ناتان<sup>۱</sup> و گورمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

از سال ۱۹۹۷ گرایش خاصی برای استفاده از CBT برای درمان دامنه‌ی وسیعی از اختلالات به وجود آمد (بک، ۱۹۹۷). سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی، اختلال‌های شخصیت و پرخوری عصبی جزء آن دسته از اختلال‌هایی هستند که اخیراً مورد توجه تجربی قرار گرفته‌اند. همان طور که مطالعات نتایج کنترل‌شده دیگر نیز نشان می‌دهند، متاآنالیزهایی که در آینده انجام می‌شوند، باید میزان قدرت CT را برای درمان این اختلال‌ها و سایر اختلال‌ها مورد بررسی قرار دهند.

جدول ۱: فراتحلیل‌گری نتایج شناخت درمانگری

U <sub>3</sub>	FS	گروه مقایسه	متغیر حاصله	مقایسه‌ها	فرا تحلیل‌ها
۷۹	۰/۸۲	لیست انتظار یا دارونما	پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک	۲۰	افسردگی تک‌قطبی بزرگ‌سالی
۶۵	۰/۳۸	ضد افسردگی‌ها	پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک	۱۷	گلوگان و دیگران (۱۹۹۸)
۵۲	۰/۰۵	رفتار درمانگری	پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک	۱۳	گلوگان و دیگران (۱۹۹۸)
۵۹	۰/۲۴	درمانگری‌های دیگر	پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک	۲۲	گلوگان و دیگران (۱۹۹۸)
۸۷	۱/۱۱	لیست انتظار	Within-study میانگین درون مطالعه‌ای اندازه‌گیری‌های مختلف افسردگی	۵	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)
۷۷	۰/۷۵	تنش‌زدایی	پرسش‌نامه‌ی خلق و احساسات	۱	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)
۷۱	۰/۵۵	درمانگری حمایتی	تست افسردگی بک	۱	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)

1. Nathan  
2. Gorman

U <sub>3</sub>	FS	گروه مقایسه	متغیر حاصله	مقایسه‌ها	فرا تحلیل‌ها
۷۱	۰/۵۵	لیست انتظار در پیگیری (میانگین فاصله‌های پیگیری = ۶/۳۴ هفته)	میانگین درون مطالعه‌ای اندازه‌گیری مختلف افسردگی	۴	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)
۶۷	۰/۴۵	تنش‌زدایی در پیگیری (سه ماه)	پرسش‌نامه‌ی خلق و احساسات	۱	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)
۸۷	۱/۱۲	درمانگری حمایتی در پیگیری (سه‌ماهه)	پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک	۱	افسردگی یک‌قطبی نوجوانان رینکید و دیگران (۱۹۹۸)
۷۹	۰/۸۲	لیست انتظار یا فقدان درمان	سنجش‌های مختلف خودگزارش‌دهی اضطراب یا نگرانی	۴	اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته‌ی گلد، اتو و دیگران (۱۹۹۷)
۷۵	۰/۶۹	درمانگری غیر مستقیم	سنجش‌های مختلف خودگزارش‌دهی اضطراب یا نگرانی	۱	اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته‌ی گلد، اتو و دیگران (۱۹۹۷)
۷۶	۰/۷۲	تنش‌زدایی + CT در مقابل تنش‌زدایی + درمانگری غیر مستقیم	سنجش‌های مختلف خودگزارش‌دهی اضطراب یا نگرانی	۱	اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته‌ی گلد، اتو و دیگران (۱۹۹۷)
۹۰	۱/۲۶	دارونما	سنجش‌های مختلف خودگزارش‌دهی اضطراب یا نگرانی	۲	اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته‌ی گلد، اتو و دیگران (۱۹۹۷)
۶۹	۰/۴۸ <sup>a</sup>	نرم‌های اجتماعی	نمره‌ی کلی پرسش‌نامه‌ی ترس	۷	اختلال وحشت‌زدگی با وسعت هراسی اوبی و دیگران (۱۹۹۹)
۵۷	۰/۱۷ <sup>a</sup>	نرم‌های اجتماعی	پرسش‌نامه‌ی ترس نمره‌ی وسعت هراسی	۱۱	اختلال وحشت‌زدگی با وسعت هراسی اوبی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۸	۰/۴۷ <sup>a</sup>	نرم‌های اجتماعی پیگیری (فاصله‌های نامطمئن)	نمره‌ی کلی پرسش‌نامه‌ی ترکی	۷	اختلال وحشت‌زدگی با وسعت هراسی اوبی و دیگران (۱۹۹۹)
۵۹	۰/۲۴ <sup>a</sup>	نرم‌های اجتماعی پیگیری (فاصله‌های نامطمئن)	پرسش‌نامه‌ی ترس نمره‌ی وسعت هراس	۱۱	اختلال وحشت‌زدگی با وسعت هراسی اوبی و دیگران (۱۹۹۹)
۷۰	۰/۵۳	مداخله‌ای شناختی + مواجهه موقعیتی در مقابل تنها مواجهه موقعیتی	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۳	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۸۲	۰/۹۱	بازسازی شناختی + مواجهه مشارکتی در مقابل لیست انتظار	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۷	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۷۴	۰/۶۵	بازسازی شناختی + مواجهه مشارکتی در مقابل دارونما	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۱	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۹۰	۱/۲۹	بازسازی شناختی + مواجهه مشارکتی دارونمای روان‌شناختی	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۱	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۷۷	۰/۷۵	بازسازی شناختی تنها در مقابل لیست انتظار یا تماس کمیته‌ی کنترل	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۲	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۸۳	۰/۹۵	بازسازی شناختی تنها در مقابل مواجهه‌ی موقعیتی تنها	میانگین درون مطالعه‌ای سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۱	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)

U <sub>3</sub>	FS	گروه مقایسه	متغیر حاصله	مقایسه‌ها	فراتحلیل‌ها
۵۲	۰/۰۲	«کم و زیاد شدن» در میزان اثر از پایان درمان تا پیگیری (نمره‌ی میانگین فاصله‌ی پیگیری=۱۲/۶ ماه)	میانگین درون مطالعه‌ی سنجش‌های مختلف وحشت‌زدگی	۵	اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت هراسی گولد و دیگران (۱۹۹۵)
۸۲	۰/۹۳	لیست انتظار یا گروه‌های کنترل مورد توجه دارونما	میانگین درون مطالعه‌ی سنجش‌های مختلف هراس	۷	هراس اجتماعی گولد، باک منیتر و دیگران (۱۹۹۷)
۹۰	۱/۳۰ <sub>u</sub>	کاهش از پیش از درمان تا پایان درمان	نشانگان وسواس بی‌اختیاری: رتبه‌بندی توسط مراجعین	۴	اختلال وسواس بی‌اختیاری
۹۷	۱/۸۶ <sub>a</sub>	کاهش از ابتدا تا انتهای درمان	نشانگان وسواس بی‌اختیاری: نمره‌گذاری کمک درمانگر	۲	اختلال وسواس بی‌اختیاری ون بالکرم و دیگران (۱۹۹۴)
۵۸	۰/۱۹ <sub>a</sub>	مواجهه با پیگیری از پاسخ	سنجش رفتاری و مقیاس بیل براون	۴	ابرامو ویتز
	۰/۴۷ <sub>a</sub>	لیست انتظار	دوره‌ی داشتن PTSD تشخیص بعد از درمان	۱۴	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۹۶	۱/۷۰	لیست انتظار	شدت نشانگان PTSD (سنجش خودگزارش‌دهی)	۸	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۹۱	۱/۳۶	لیست انتظار	شدن نشانگان PTSD (سنجش رتبه‌بندی توسط متخصص)	۱۳	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۸۹	۱/۲۰	لیست انتظار	نشانگان افسردگی	۱۳	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۸۳	۰/۹۶	لیست انتظار	نشانگان اضطراب (اننازه‌های خودگزارش‌دهی)	۱۰	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
-	۱/۰۳ <sup>b</sup>	EMDR	دوره‌ی داشتن PTSD (تشخیص بعد از درمان)	۶	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۶۷	۰/۳۱	EMDR	شدت نشانگان PTSD (سنجش خودگزارش‌دهی)	۶	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
-	۰/۷۸ <sup>b</sup>	درمان‌های غلبه بر استرس (غیر متمرکز بر تروما)	دوره‌ی داشتن PTSD (تشخیص بعد از درمان)	۶	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۶۵	۰/۳۷	درمان‌های غلبه بر استرس (غیر متمرکز بر تروما)	شدت نشانگان PTSD (سنجش خودگزارش‌دهی)	۳	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
	۰/۷۱ <sup>b</sup>	درمانگری‌های دیگر	دوره‌ی داشتن PTSD (تشخیص بعد از درمان)	۵	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)

U <sub>3</sub>	FS	گروه مقایسه	متغیر حاصله	مقایسه‌ها	فرا تحلیل‌ها
۸۸	۱/۱۸	درمان‌گری‌های دیگر	شدت نشانگان PTSD (سنجش خودگزارش‌دهی)	۳	اختلال استرس پس از حادثه مرکز مشارکت‌های ملی برای سلامت روانی (۲۰۰۵)
۹۰	۱/۲۸ <sub>a</sub>	کاهش از قبل تا بعد از درمان	نشانگان مثبت (مقیاس‌های نمره‌گذاری متعدد)	۴	اسکیزوفرنیا رکتور و بک (۲۰۰۱)
۸۲	۰/۹۱ <sub>a</sub>	کاهش از قبل تا بعد از درمان	نشانگان منفی (مقیاس‌های نمره‌گذاری متعدد)	۳	اسکیزوفرنیا رکتور و بک (۲۰۰۱)
۹۳	۱/۵۰ <sub>a</sub>	کاهش از قبل تا بعد از درمان	کل نشانگان (مقیاس‌های نمره‌گذاری متعدد)	۲	اسکیزوفرنیا رکتور و بک (۲۰۰۱)
۷۶	۰/۷۱	گروه کنترل بدون درمان در پایان درمان	سنجش پرسش‌نامه‌های مختلف از سازش‌یافتگی زناشویی	۳	دان و شابل (۱۹۹۵)
۷۱	۰/۵۴	گروه کنترل بدون درمان در پیگیری و میانگین فاصله‌ها=۹/۲ ماه	سنجش پرسش‌نامه‌های مختلف از سازش‌یافتگی زناشویی	۲	دان و شابل (۱۹۹۵)
۷۶	۰/۷۰	بدون درمان	سنجش‌های مختلف خشم و پر خاشگری	۵۰	خشم بک و فرناندز (۱۹۹۸)
۹۰	۱/۲۸ <sub>a</sub>	کاهش از ابتدا تا انتهای درمان	Binge frequency تعداد می‌گساری و عیاشی	۱۷	پر خوری عصبی ویتال و دیگران (۱۹۹۹)
۸۹	۱/۲۲ <sub>a</sub>	کاهش از ابتدا تا انتهای درمان	تعداد مسهل	۲۴	پر خوری عصبی ویتال و دیگران (۱۹۹۹)
۹۱	۱/۳۵ <sub>a</sub>	بهبودی از ابتدا تا انتهای درمان	سنجش خودگزارش‌دهی مختلف از بازخوردهای مربوط به خوردن	۱۳	پر خوری عصبی ویتال و دیگران (۱۹۹۹)
۸۲	۰/۹۳	فقدان درمان یا دارونمای شناختی	سنجش‌های مختلف از اضطراب	۴	اختلال‌های درونی‌سازی گروسمن و هاگس (۱۹۹۲)
۸۱	۰/۸۷	فقدان درمان یا دارونمای شناختی	سنجش‌های مختلف از افسردگی	۹	اختلال‌های درونی‌سازی گروسمن و هاگس (۱۹۹۲)
۶۸	۰/۴۷	فقدان درمان یا دارونمای ساختی	سنجش‌های مختلف از جسمانی‌سازی	۷	اختلال‌های درونی‌سازی گروسمن و هاگس (۱۹۹۲)
۶۴	۰/۳۵	بدون درمان	تکرار جرم (میانگین فاصله پیگیری=۴/۵ سال)	۵	تخلف جنسی نگایاما هال (۱۹۹۵)
۶۳	۰/۳۳	لیست انتظار	تجربه‌ی درد	۱۶	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۶	۰/۴۰	لیست انتظار	خلق	۲۲	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۹	۰/۵۰	لیست انتظار	مقابله و ارزیابی شناختی	۱۶	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۹	۰/۴۹	لیست انتظار	ابراز رفتاری درد	۵	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۹	۰/۴۸	لیست انتظار	سطح فعالیت	۷	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۷۳	۰/۶۱	لیست انتظار	کنش‌وری نقش اجتماعی	۱۵	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)

U <sub>3</sub>	FS	گروه مقایسه	متغیر حاصله	مقایسه‌ها	فراتحلیل‌ها
۰۶	۰/۲۶	مجموعه ناهمگن درمان‌ها (به جز رفتار درمانگری یا بیومنی‌دیک)	تجربه‌ی درد	۱۷	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۵۳	-۰/۰۶	مجموعه ناهمگن درمان‌ها (به جز رفتار درمانگری یا بیومنی‌دیک)	خلق	۲۴	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۳	۰/۳۳	مجموعه ناهمگن درمان‌ها (به جز رفتار درمانگری یا بیومنی‌دیک)	مقابله و ارزیابی شناختی	۲۳	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۶۲	۰/۳۱	مجموعه ناهمگن درمان‌ها (به جز رفتار درمانگری یا بیومنی‌دیک)	ابراز رفتاری درد	۸	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)
۵۴	۰/۱۰	مجموعه ناهمگن درمان‌ها (به جز رفتار درمانگری یا بیومنی‌دیک)	کنش‌وری نقش اجتماعی	۱۰	درد مزمن (به جز سر درد) مورلی و دیگران (۱۹۹۹)

نمره‌ی ES مثبت بیانگر برتری شناخت درمان‌گری بر گروه مقایسه است. نمره‌ی ES منفی بیانگر برتری گروه‌های مقایسه به شناخت درمانگر است. U<sub>3</sub> معرف درصد آزمودنی‌ها در گروه‌های کمتر که نمره‌های نتایج آنها از متوسط آزمودنی‌ها در گروه مهم‌تر فراتر رفته است. زیرنویس «U» بیانگر اثر کنترل نشده است. a صرفاً در این مطالعه، اندازه‌ی اثر منفی بیانگر نمره‌ی پایین نشانگان نرم‌ها یا هنجارهای اجتماعی است. میزان اثر مثبت نشان‌دهنده‌ی نمره‌ی نشانگان بالا در نرم‌های اجتماعی است.

B برای ریسک نسبی<sup>۱</sup> (RR) به ضمیمه‌ی میزان اثر در این مقایسه‌ها استفاده شده است. RR نسبت واقعه درمانی به واقعه کنترل است. RR مساوی یک (۱)، بیانگر فقدان تفاوت بین شرایط کنترل و آزمایش است. RR برابر با ۰/۷۵ نشان می‌دهد که میزان همراهی یا وابستگی این واقعه با شناخت درمانگری سه‌چهارم آن با گروه کنترل است یا به عبارت دیگر کاهش ریسک نسبی ممکن است برابر ۰/۲۵ باشد. در اینجا فقدان آماره‌ی U برای این اندازه‌های اثر گزارش شده است چرا که RR به عنوان U قابل تفسیر شهودی مطرح است.

1. Relative risk

## منابع

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44–52.
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187–210.
- Arntz, A. Cognitive Therapy Versus Applied Relation as Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 633-649, 2003.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276–284.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, Guilford Press.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63–74.
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 30–34.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181–189.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., & Sanislow, C. A. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10(2), 215–234.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and

- cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611–619.
- Bouchard, S., Vallieres, A., Roy, M. A., & Maziade, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: A critical analysis. *Behavior Therapy*, 27, 257–277.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 13–16.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, H. M., & Hedges, L. V. (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Corsini, R. J. *The Dictionary of Psychology*, Brunner, Mazel. Pub, 1999.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37–52.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414–419.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58–68.

- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499–509.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, S. D., Imber, S. M., Sotsky, S. M., Collins, D. R., et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695–720.
- Fisher, P. L., & R. C. Durham. Recovery Rates in Generalized Anxiety Disorder Following Psychological Therapy: An Analysis of Clinically Significant Change in the STAI-T Across Outcome Studies Since 1990, *Psychological Medicine* 129. 1425-1434, 1999.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I., & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Research allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966–980.
- Glass, G. V., McGraw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA7 Sage.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291–306.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335–342.

- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Grossman, P. B., & Hughes, J. N. (1992). Self-control interventions with internalizing disorders: A review and analysis. *School Psychology Review*, 21(2), 229-245.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed.) (pp. 428-466).
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., & O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
- Howard, K. I., Krause, M. S., Saunders, S. M., & Kopta, S. M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221-225.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Harward, P., Bright, J., Wright, K., & Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 2-12.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 21-25.

- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1–13.
- Nagayama Hall, G. C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802–809.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Oei, T. P. S., Llamas, M., & Devilly, G. J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63–88.
- Olfson, M., & Klerman, G. L. (1993). Trends in the prescription of antidepressants by office-based psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 150, 571–577.
- Oxford: Oxford University Press.
- Parker, G., Roy, K., & Eysers, K. (2003). Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 825–834.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829–835.
- Ratakonda, S., Miller, C. E., Gorman, J. M., & Sharif, Z. A. (1997). Efficacy of a 12-week trial of olanzapine in treatment of refractory schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 151.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278–287.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Denisoff, E., Crawford, C., Szacun-Shimizu, K., Bourdeau, D. (2005). Cognitive and behavioral treatments for medication-refractory OCD.

- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26–34.
- relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the First Year. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 145–152.
- Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2002). Commentary on dodo bird revisited: Why aren't we dodos yet? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9(1), 17–20.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 7–37.
- Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. A., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J., & Murphy, G. E. (1984). Patient attrition in a comparative outcome study of depression: A follow-up report. *Journal of Affective Disorders*, 6, 163–173.
- Stahl, S. M. (1999). Selecting atypical antipsychotics by combining clinical experience with guidelines from clinical trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 31–41.
- Thase, E. M., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C., Pilkonis, P. A., Hurley, K., et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009–1015.

- Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team, US. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(7), 807–820.
- Van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359–381.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus dother therapiesT for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- Wells, A & P. King. Met Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Open Trial, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 206-212, 2006.
- Whittal, M. L., Agras, W. S., & Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117–135.
- Wilkinson, L. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594–604.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1998). Treatments for eating disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*.