

مروری بر وضعیت تجربی روان‌درمانگری‌ها در ایران

مسعود جان‌بزرگی*

محبوبه داستانی**

چکیده

در ایران بیش از سیصد پژوهش درباره روان‌درمانگری چاپ شده است. هدف این پژوهش پاسخ دادن به این سؤال‌ها بود که پرکاربردترین رویکرد روان‌درمانگری کدام است؟ اندازه اثر مداخلات درمانی، در طول درمان و در پیگیری‌های چقدر بوده است؟ این پژوهش با بررسی حدود ۷۷ مقاله درصدد پاسخگویی به این سؤالات بود. روش این مطالعه از نوع مطالعات کیفی و فراتحلیل می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین قدرت مداخلات از فرمول محاسبه «اندازه اثر» استفاده شد؛ همچنین، برای مقایسه کارایی انواع روان‌درمانگری‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، اندازه اثر تمام انواع مداخلات گزارش شده در ایران بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ (و برای درمان‌های معنوی تا ۱۳۹۲) در حد متوسط (بین ۰/۵ تا ۰/۸) هستند. رویکرد شناختی رفتاری، پرکاربردتر از بقیه بود؛ تعداد یازده مطالعه، به پیگیری اثر مداخله پرداخته‌اند؛ و اندازه اثر کلی مداخلات در پیگیری‌ها، در حد کم ۰/۴۹ به دست آمد. بین درمانگری‌های معنوی و مذهبی (اغلب در ترکیب با درمان‌های معمول) با سایر درمان‌ها تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

واژه‌های کلیدی: مطالعه مروری، روان‌درمانی، ایران، اندازه اثر، روان‌درمانگری مذهبی

مقدمه

از روان‌درمانگری تعاریف متعددی ارائه شده است. از مؤلفه‌های اصلی تعریف می‌توان به موارد مشترکی اشاره کرد؛ روان‌درمانگری را یک تعامل رودررو که در این تعامل؛ هدف، کاربرد آگاهانه فنون بالینی، کمک به یک فرد نیازمند از جانب یک فرد متعادل، متخصص و دارای مجوز کار، در یک مکان رسمی با آگاهی خود فرد و در چارچوب فرهنگی مراجع می‌دانند (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۰ و کرسینی، ۲۰۰۵؛ به نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۳).

براساس این مؤلفه‌ها، روان‌درمانگری ضمن پایبندی به استانداردهای خاص، تلاش می‌کند از جایی که مراجع قرار گرفته است، هماهنگ با اصول فرهنگی او به نقطه‌ای از سلامت هدایت شود؛ به نحوی که او مطابق با هنجارهای جامعه خود از سلامتی، کنش‌وری و نشاط کافی برخوردار شود. برخی از روان‌درمانگری‌ها کمی فراتر رفته‌اند و به دنبال فراسلامت و کمالات انسانی مانند کنش کامل (از جمله: راجرز، ۱۹۶۱) نیز هستند؛ اما در عمل ما با چه واقعیت‌هایی روبه‌رو هستیم؟ آیا روان‌درمانگری‌ها توانسته‌اند اهداف خود را پوشش دهند؟ آیا مراجعان و دریافت‌کنندگان خدمات روان‌درمانگری از آن راضی هستند؟ آیا آنها از رنج نشانه‌های پریشانی‌هایی یافته‌اند؟ اگر چنین باشد، آیا همه روش‌های موجود در این زمینه از اثربخشی یکسانی برخوردار است؟

با توجه به تنوع و رقابت بین انواع روان‌درمانگری‌ها سؤال این است که کدام شیوه مؤثرتر است؟ و از سوی دیگر، با توجه به اینکه هماهنگی فرهنگی از مؤلفه‌های اصلی هر درمان است، کدام شیوه می‌تواند خود را با فرهنگ مراجع بیشتر هماهنگ کند؟ این سؤال است که مصرف‌کنندگان خدمات روان‌درمانگری در هر فرهنگی با آن مواجه‌اند. در جامعه ایران نیز مطابقت فرهنگی از اهمیت بالایی برخوردار است. در ایران، روش‌ها بیش از آنکه از فرهنگ اصیل خود متأثر باشد، الگوسازی از روش‌های روان‌درمانگری؛ به‌خصوص روش‌های غربی هستند.

نظام‌های روان‌درمانگری براساس یک فرایند خاص یا مجموعه‌ای از فرایندها که برای ایجاد تغییر کاربرد دارند، مقایسه می‌شوند. این نظام‌ها از نظر چگونگی

مفهوم‌سازی، شایع‌ترین مشکلاتی که در سطح کنش‌وری شخصی اتفاق می‌افتند؛ مانند پایین بودن حرمت خود، فقدان صمیمیت، از دست دادن خودمهارگری با هم مقایسه می‌شوند. بکتولد و همکاران (۲۰۱۰) ضمن ارائه تفاوت رویکردهای مختلف، نشان دادند تلفیقی‌نگری و درمان شناختی رفتاری بیشترین حجم روان‌درمانگری را به خود اختصاص داده است.

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) این است که همهٔ درمان‌ها، کارایی یکسانی دارند (همه برنده هستند و همه باید جایزه بگیرند!)، طرفداران این نظریه (برای مثال: لابورسکی و دیگران، ۲۰۰۲؛ مسر و وامپولد، 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، اشتباه بوده است و یا حداقل حکمی (نتیجه‌ای) است که به شکلی ناپخته صادر شده است (باتلر، ۲۰۰۲؛ چامبلس، ۲۰۰۲؛ هووارد، کراوز، ساندر و کاپتا، ۱۹۹۷). مشکل روش‌شناختی که در دل این حکم (نتیجه) وجود دارد، این است که نتایج همهٔ درمان‌ها برای همهٔ 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.

علاوه بر مقایسهٔ کارایی (یا اثربخشی) روش‌ها، سؤال کلیدی دیگر به طول مدت کارایی (اثربخشی طولانی‌مدت) روان‌درمانگری‌ها برمی‌گردد و اینکه تأثیرات کدام مداخلهٔ درمانی بعد از اتمام درمان پایداری بیشتری دارند. شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که نتایج درمان‌های روان‌شناختی و به‌خصوص دارودرمانگری بعد از اتمام یک دوره درمان، اگر کاملاً از بین نروند، افت می‌کنند (برای مثال: هالون، تیس و مارکوویتز، ۲۰۰۲).

نزدیک به یک قرن است که روان‌شناسی با چارچوب غربی وارد ایران شده است و همچنان، به‌رغم توسعه نسبتاً زیاد آن در ابعاد مختلف، وامدار روان‌شناسی مغرب‌زمین است. اگرچه اطلاعاتی از میزان سهم روان‌شناسان ایرانی در تولید این علم در جهان نداریم و تلاش در جهت تولید این علم با زبان فرهنگی همچنان محجور مانده است.

نگاهی اجمالی به وضعیت روان‌شناسی در ایران، نشان می‌دهد که گرایش به روان‌درمانگری توسط روان‌شناسان از عطش خاصی برخوردار می‌باشد. در ایران تمامی کسانی که در رشته‌های مختلف روان‌شناسی مطالعه می‌کنند، تمایل به تأسیس دفترکار دارند و علاقه‌مندند که به نوعی خدمات روان‌درمانگری ارائه دهند. نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران پس از قریب ده سال از تأسیس آن، تاکنون (سال ۱۳۹۰) برای بیش از پنجاه مرکز تخصصی در تهران، سی مرکز در شهرستان‌ها و دویست دفترکار شخصی مجوز انجام کار صادر کرده است که در زمینه مشاوره و درمان در حال فعالیت هستند. براساس پیگیری‌های شخصی، تاکنون گزارش منسجم و معتبری از کیفیت و کمیت کار این مراکز و دفاتر در دست نیست.

بیش از ۳۷۰۰ نفر تا سال ۱۳۸۷ در ایران در رشته‌های مختلف روان‌شناسی فارغ‌التحصیل شده‌اند و بیش از ۸۳۰۰۰ نفر و براساس یک بررسی دیگر، بیش از ۹۰۰۰۰ نفر در حال تحصیل هستند که از این تعداد بیش از ۸۱ درصد آن را زنان تشکیل می‌دهند (انجمن روان‌شناسی ایران، ۱۳۸۸ و انجمن روان‌شناسی اسلامی، ۱۳۸۹).

تلاش‌هایی که در دوران تعطیلی دانشگاه‌ها به منظور پیگیری انقلاب فرهنگی صورت گرفت؛ به نوبه خود می‌توانست روند بومی‌سازی علوم انسانی را تسریع کند، اما بعد از گذشت قریب به سی سال از باز شدن دانشگاه‌ها؛ به‌رغم تحولات زیاد کمی، از نظر کیفیت چندان راضی‌کننده نبوده‌اند؛ به نحوی که در سال‌های اخیر (انجمن روان‌شناسی ایران، ۱۳۸۸)، در نشستی که جمعی از پیشکسوتان روان‌شناس (بیش از سی نفر در سه کارگروه مجزا) داشته‌اند، جمع‌بندی از کار خود عنوان کرده‌اند که به طور اجمال می‌توان در عبارات زیر خلاصه کرد:

به‌رغم زمینه‌های مثبت زیاد و اقبال روزافزون نسبت به این رشته، مهم‌ترین تهدیدها برای رشته روان‌شناسی را می‌توان گسترش کمی بدون توجه به کیفیت در ابعاد مختلف رشته، عدم توجه به مباحثه و نقادی علمی، عدم یا ضعف نظارت، سرمایه‌گذاری ضعیف، عدم توجه به اصول حرفه‌ای و غلبه روابط بر ضوابط در گروه‌های علمی و غیره، همه کار توانی و عدم تمرکز تخصصی، مرسوم شدن دیدگاه‌های عرفانی و فراروان‌شناسی (بدون ارزیابی دقیق از علمی بودن آنها) دانست و وارد شدن روان‌شناسی به حوزه‌های کاربردی؛ از جمله تجارت، خانواده، آموزش و حفظ هویت

شغلی را از چشم‌اندازهای مهم حرفه‌ای دانسته‌اند.

در حالی این نظرات ابراز می‌شوند که بررسی اجمالی منابع اطلاعات رسمی نشان می‌دهد که در ایران بیش از سیصد مقاله و پایان‌نامه در زمینه کاربرد انواع روان‌درمانگری‌ها؛ به ویژه درمان‌های شناختی رفتاری در طی سال‌های گذشته به چاپ رسیده است (به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۸۷).

با این وجود، سؤال‌های بسیاری درباره‌ی کارایی کلی انواع روان‌درمانگری‌های به کار گرفته شده است؛ به‌خصوص درمان‌های معنوی (مذهبی) در ایران پرکاربردترین رویکرد روان‌درمانگری، کارایی افتراقی روان‌درمانگری‌ها در اختلالات، ماهیت گروه‌های مقایسه‌ای که کارایی روان‌درمانگری‌ها در مقایسه با آنها تعیین شده است و اینکه نتایج روان‌درمانگری‌ها بعد از توقف درمان تا چه میزانی پایدار باقی می‌مانند، وجود دارد که تاکنون هیچ پژوهشی به مرور و بررسی آنها پرداخته است؛ همچنین، ملاحظه‌ی مطابقت فرهنگی و در نظرگرفتن ملاحظات فرهنگی، موضوعی است که کمتر به آن توجه شده است؛ بنابراین، بررسی روان‌درمانگری‌ها با رویکرد معنوی و مذهبی نیز در ایران از اهمیت خاصی برخوردار است.

این مطالعه با بررسی و مرور مقالات منتشر شده در مجلات علمی پژوهشی و نمایه شده در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی، درصدد پاسخگویی به این سؤالات در حد اطلاعات منتشر شده رسمی است.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات کیفی و فراتحلیل است. فرایند ترکیب آماری نتایج پژوهش‌های مستقل و جداگانه برای رسیدن به نتایج کلی درباره‌ی حجم اندازه‌ی کاربردی یا همپراش، فراتحلیل نامیده می‌شود (هومن، ۱۳۸۷). فراتحلیلگری (متاآنالیز) به عنوان روشی مفید برای ارزیابی کارایی درمان شناخته شده است و به عنوان یک روش مروری، فواید و محدودیت‌های خاص خود را نیز داراست (کوپر و هگنز، ۱۹۹۴؛ ویلکینسون، ۱۹۹۹). در فراتحلیلگری، کارایی درمان برحسب یک اندازه‌ی اثر^۱

۱. effect size؛ اندازه‌ی اثر (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 که می‌شود ۰/۶۴ که نشان

اندازه‌گیری می‌شود. هر ES میزان تأثیر مشاهده شده در یک واحد استاندارد اندازه‌گیری را نشان می‌دهد (برای مثال: یک انحراف استاندارد یا ضریب همبستگی). ES در طول طیفی، از گستره بدون تأثیر تا تأثیر زیاد طبقه‌بندی می‌شود؛ بدون تأثیر ($ES < 0/2$)، تأثیر کم ($0/2 < ES < 0/5$)، تأثیر متوسط ($0/5 < ES < 0/8$) و تأثیر زیاد ($ES \geq 0/8$) (کوهن، ۱۹۸۸)؛ بنابراین، قدرت متآنالیز به کاربرد واحد استاندارد شده برای مقایسه نتایج مطالعاتی که ممکن است از اندازه‌گیری‌های متفاوتی استفاده کرده باشند، بستگی دارد؛ همچنین، از طریق تعیین میانگین اندازه اثرات در میان مطالعات و مقایسه‌های مختلف، متآنالیز تأثیر اندازه نمونه را افزایش می‌دهد و تأثیر عوامل مزاحم و خارجی را به حداقل می‌رساند که به ما این امکان را می‌دهد تا ارزیابی دقیق‌تری از کارایی درمان داشته باشیم (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۸۷).

در این پژوهش ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از: ۱) پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی؛ ۲) با حداقل یک گروه آزمایشی؛ ۳) مقالات اصیل^۱ در مجلات علمی پژوهشی؛ ۴) مداخلات حضوری (نه اینترنتی، تلفنی و...؛ ۵) مداخلات معتبر و دارای پشتوانه نظری و ۶) پژوهش‌های منتشر شده بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹؛ همچنین، پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran و IranMedex جهت جستجوی مقالات مورد بررسی قرار گرفتند و کلیدواژه‌های مورد جستجو شامل روان‌درمانی، روان‌درمانگری، درمانگری، مداخله، آموزش، مشاوره و درمان بودند.

با توجه به ملاک‌های بالا، در اولین مرحله ۹۷ مطالعه استخراج شد که پنج مطالعه به دلیل عدم گزارش میانگین یا انحراف استاندارد گروه‌ها و هشت مقاله به دلیل عدم گزارش صحیح یافته‌ها و شیوه تحلیل داده‌ها حذف شدند و در نهایت ۷۹ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

در این پژوهش انواع مداخلات انجام گرفته، به شش نوع؛ روان‌پوشی، وانمودی^۲، رفتاری، شناختی-رفتاری، معنوی (مذهبی) و سایر مداخلات تقسیم‌بندی شد که در جدول شماره ۱ آمده است.

می‌دهد ۶۴٪ تغییراتی که در متغیر وابسته دیده می‌شود، تحت تأثیر متغیر مستقل است. ۲) بیانگر میزان قدرت یا Power یک درمان خاص است که اغلب در متآنالیزها به کار برده می‌شود؛ به‌خصوص، در مواقعی که اندازه‌های نمونه در مقایسه با تعدادشان در نظر گرفته می‌شود (کرسینی، ۱۹۹۹).

1. original articles
2. representational

جدول ۱: فراوانی و درصد انواع روان‌درمانگری‌های بررسی شده

نوع درمان	فراوانی	درصد
روان‌پویشی	۷	۸/۸۶
وانمودی	۳	۳/۷۹
رفتاری	۱۴	۱۷/۷۲
شناختی-رفتاری	۳۱	۳۹/۲۴
معنوی/مذهبی	۱۰	۱۲/۶۶
سایر مداخلات	۱۴	۱۷/۷۲

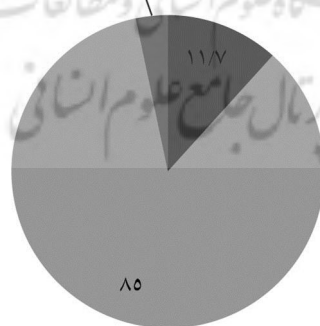
برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین قدرت مداخلات از فرمول محاسبه اندازه اثر استفاده شد؛ همچنین، برای مقایسه کارایی انواع روان‌درمانی‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

$$r(ES) = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$$

$$d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}}}$$

یافته‌ها

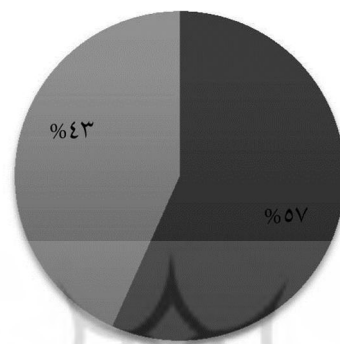
بررسی‌ها نشان داد که در هشت مطالعه (۱۱/۷ درصد) درمانگر متفاوت از محقق بوده، ۵۴ مورد (۸۵ درصد) محقق همان درمانگر بوده است و دو مورد (۳/۳ درصد) نیز گزارش نکرده بودند (نمودار ۱).



■ نا مشخص ■ محقق ■ درمانگر

نمودار ۱: وضعیت درمانگر

همچنین، در ۳۶ پژوهش مراجع واقعی بوده‌اند (کسی که برای حل مشکل خود به مرکز بهداشتی مراجعه می‌کند) و مداخله در کلینیک انجام شده است و در ۲۸ مطالعه، نمونه افراد عادی (کسانی که داوطلب شرکت در مطالعه هستند، اما برای حل مشکل خود اقدام به مراجعه نمی‌کنند) بودند (نمودار ۲).



■ مراجع عادی ■ مراجع واقعی

نمودار ۲: وضعیت مراجع

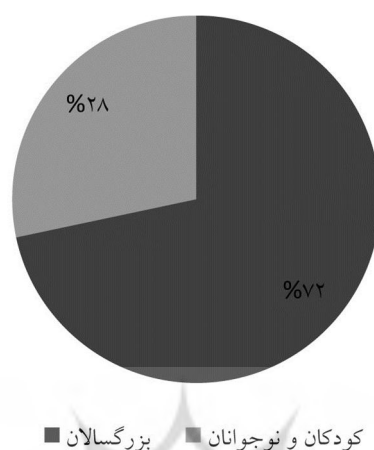
دوازده مورد از مطالعات مداخلات فردی بوده است، ۴۷ مورد مداخله گروهی و پنج مورد نیز گزارش نکرده بودند (نمودار ۳).



■ نامشخص ■ مداخله گروهی ■ مداخله فردی

نمودار ۳: نوع مداخله فردی یا گروهی

همچنین در موضوع پژوهش، ۴۶ مطالعه روی بزرگسالان و هجده مطالعه روی کودکان و نوجوانان انجام گرفته بود (نمودار ۴).



نمودار ۴: نمونه مورد مطالعه

اندازه اثر مطالعات مورد نظر در زمینه روان‌درمانگری و مشاوره، در معادله محاسبه اندازه اثر قرار گرفت و نتایج حاصل به همراه سایر شاخص‌های قابل گزارش به تفکیک نوع درمان در جداول ذیل تنظیم گردید.

درمان‌های روان‌پویشی

نظریه‌پردازان روان‌پویشی، دانش خود را از طریق تک‌بررسی‌های بالینی و تفسیرهای روان‌پویشی افزایش داده‌اند (فینیکل، ۱۹۴۵؛ گرینسون، ۱۹۷۴). روان‌درمانگری‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت از نیمه دوم قرن گذشته، برای ارائه خدمات مؤثر و مقرون به صرفه به بیماران پدید آمده‌اند. ویژگی‌های مشترک این روش‌ها، افزایش فعالیت درمانگر، استفاده از کانون درمانی، محدودیت زمانی و معیارهای گزینش خاص آنهاست. نتایج بررسی‌های فراتحلیلی پژوهش‌ها در مورد روان‌درمانگری روان‌پویشی متفاوت است. از نظر برخی از مؤلفان، این روش کمتر از سایر روش‌ها مؤثر است و برخی دیگر، آن را با سایر روش‌ها قابل مقایسه می‌دانند (سامرز، ۲۰۰۸؛ آرچر و همکاران، ۲۰۰۰).

در این پژوهش، هفت مطالعه با روش‌های روان‌پویشی مورد بررسی قرار گرفت که میانگین اندازه اثر درمان‌های روان‌پویشی در کل ۰/۶۲ به دست آمد؛ در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات به پیگیری اثر درمان خود نپرداخته بودند (جدول ۲).

جدول ۲: درمان‌های روان‌پویشی

منفیر (ES)	روش‌های مداخله	گروه‌ها	منفیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/منفیر (از)
نتیجه‌های اضطراب (۰/۱۲۱) شدت اضطراب (۰/۱۴۵)	۱. درمان روان‌پویشی ۲. دارو درمانی ۳. روش ارتباطی (۱-جلسه هفتگی)	گروه آزمایش	۱. فهرست نشانه‌های اضطراب تقسیم یافته DSM-IV-TR ۲. مقیاس شدت اضطراب در MMPI-2 ۳. مقیاس	۳۶ نفر در ۲ گروه ۱۸ نفری	اضطراب تقسیم‌یافته	رحمانی و همکاران (۱۳۸۱)
(۰/۲۸) GHQ رضایت زانمایی (۰/۴۸)	۱. زوج‌درمانی پویشی قدره و کرنامنت (۱-جلسه هفتگی) ۲. روش ارتباطی (۱-جلسه هفتگی)	گروه آزمایش گروه گواه	۱. رضایت زانمایی ابرنج GHQ ۲. رضایت	۴۵ زوج در ۳ گروه ۱۵ نفری	سلامت روانی و رضامندی زانمایی زوجین	همکاران (۱۳۷۶) چراغ
نارساکنشی بازگرددها (۰/۴۱) فروتنی دگواتیون (۰/۱۶) مقیاس‌های زورناخ: SCZI (۰/۳۵) DEPI (۰/۳۶) CDI (۰/۵۰) COP (۰/۳۹) ISOLATE/R (۰/۳۲) EA (۰/۳۱) X (۰/۲۱) Zd (۰/۳۰)	۱. روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت روان‌پوشی دگواتیون ۲. بازگرددها ۳. روش ارتباطی	گروه آزمایش	۱. آزمون وورشخ ۲. مقیاس بازگرددهای نارسا کنشی ۳. آزمون فروتنی دگواتیون	۳۳ نفر در ۳ گروه ۳۰ نفر در ۲ گروه	ارزنامی روانشناختی و جسمانی زنان افسرده	رحمانی و همکاران (۱۳۸۱)
سلامت روان (۰/۸۸) افسردگی (۰/۹۶) اضطراب (۰/۸۵) حساسیت بین فردی (۰/۸۵)	مشاوره هیجان‌مدار EFT	گروه آزمایش گروه گواه	SCL-90-R	۳۰ نفر در ۲ گروه ۲۶ نفر در ۳ گروه	بهبود روانی معمول زن	چوبزاده شهنشاهی و همکاران (۱۳۸۹)
ابزارگری هیجانی (۰/۸۸) دوسوگرایی هیجانی (۰/۵۳) مهارت‌های (۰/۵۳)	۱. گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری ۲. روان‌پوشی‌گری‌گارد این بخش ES مربوط به این روش عزیز شده است ۳. درمان عقلانی عاطفی رفتاری ۴. روان‌پوشی‌گری در این بخش ES مربوط به این روش عزیز شده است	گروه آزمایش گروه گواه	۱. آزمون ابزارگری هیجانی و دوسوگرایی در ابزار هیجانی ۲. آزمون مهارت‌های هیجانی	۳۶ نفر در ۳ گروه ۳۴ نفر در ۲ گروه	سلامت روانی و ابزارگری هیجانی مراجعات زن پهنستی	۱۳۷۶ شفیع آبدی (۱۳۸۶)
ابزارگری هیجانی (۰/۸۸) سلامت عمومی (۰/۵۳)	روان‌پوشی‌گری	گروه آزمایش گروه گواه	مقیاس اضطراب اجتماعی لایونیز	۳۳ نفر در ۲ گروه	اضطراب اجتماعی کودکان	۱۳۷۶ همکاران و دانشان

درمان‌های رفتاری

مفهوم رفتاردرمانگری اولین بار توسط آیزنک ابداع شد. این مفهوم بر کلیه روش‌های درمانی که هدف آنها تغییر رفتارهای کنونی است، دلالت دارد؛ برخلاف روان‌تحلیلی‌گری، در رفتاردرمانگری افشا و تحلیل تعارضات روانی ناهشیار مورد توجه قرار نمی‌گیرد. رفتاردرمانگری، کاربرد بالینی نتایج آزمایش‌های رفتاری است که بر پایه تئوری‌های یادگیری؛ مانند شرطی‌سازی کلاسیک و کنشگر بنا شده است. هدف رفتاردرمانگری، افزایش کیفیت زندگی و سازگاری از طریق بازسازی رفتاری است. البته در رفتاردرمانگری، دلایل ایجاد اختلال در کودکی نیز مورد توجه واقع می‌شود؛ اما تأکید بر پیشینه یادگیری فرد است؛ با این وجود، اساس رفتاردرمانگری ایجاد تغییر در رفتارهای کنونی - رفتارهای نامطلوب - و الگوهای فکری ناکارآمد می‌باشد (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۳).

در این پژوهش، چهارده مطالعه به درمان‌های رفتاری پرداخته بودند که اندازه اثر آن به طور کلی ۰/۵۱ به دست آمد و تنها دو مطالعه به پیگیری اثر مداخله پرداخته که در یکی مدت زمان پیگیری گزارش نشده بود (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۰) و مطالعه باقریان سرارودی و همکاران (۱۳۸۷) با پیگیری سه ماهه صورت گرفته بود که اندازه اثر مداخلات رفتاری در مطالعات پیگیری ۰/۳۹ به دست آمد (جدول ۳).

جدول ۳: مداخلات رفتاری

تاریخ / محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله / ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	منفیر (ES)
صندوقی و همکاران (۱۳۸۷)	سردرد تنفی مزمن	۳۷ نفر در ۲ گروه (۱۷ آزمودنی، ۲۰ گروه)	روزنگار سردرد - بلانچارد	اگره آزمایش اگره گواه (دارو درمانی)	آموزش تنش‌زدایی تدریجی	فراوانی سردرد (۰/۳۸) شدت سردرد (۰/۳۵) مدت سردرد (۰/۴۳) خودبیماری‌بنداری (۰/۵۱) وسواس بی‌اختیاری (۰/۸۳) حساسیت روابط (۰/۴۴) افسردگی (۰/۲۱) اضطراب (۰/۲۱) افکار پارانوییدی (۰/۰۲) روان‌گسیسته‌واری (۰/۸۱) پرخاشگری (۰/۴۳) نمره کلی (۰/۴۳)
آقایوسفی و همکاران (۱۳۷۹)	دختران افسرده	۵۵ نفر در ۳ گروه ۱۵ تا	افسردگی بک	۲ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	۱. مقابله درمانگری ۲. تئیش‌زواپسی تدریجی (در این بخش ES مربوط به این روش گزارش شده است)	۰/۵۳
کلاتسوی و همکاران (۱۳۸۰)	کودکان ADHD	۳۳ نفر در ۳ گروه ۱۱ تا	پرسشنامه علائم مرفسی کودکان گروه A فرم معلم و والدین	۲ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	۱- آموزش رفتاری به والدین ۲- دارودرمانگری (ریتلین)	اثر درمان: معلمان (۰/۳۳) و والدین (۰/۴۱) پیگیری معلمان (۰/۲۹) و والدین (۰/۵۳)

ادامه جدول ۳: مداخلات رفتاری

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله / ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ / محقق (ان)
سازگاری (۰/۳۳) موضوعات شخصیتی (۰/۲۳) ارتباط دوتایی (۰/۲۸) حل تعارض (۰/۳۵) مدیریت مالی (۰/۳۳) اوقات فراغت (۰/۰۸) روابط جنسی (۰/۳۷) وظایف والدینی (۰/۱۶) ارتباط با اقوام و دوستان (۰/۲۰) جهت‌گیری مذهبی (۰/۱۱) علائم جسمانی (۰/۴۹) اضطراب (۰/۲۵) کارکرد اجتماعی (۰/۰۹) آسرونگی (۰/۴۲) سلامت عمومی (۰/۴۱)	۱. مدل تلفیقی حل مشکل خانوادگی با تاکید بر روش FOCUDS ۲. تغییر شیوه زندگی	گروه آزمایش گروه گواه	رضایت زناشویی انریج	۶۶۰ نفر در ۳ گروه ۸۸، ۷۹ و ۶۰ نفری	ناسازگاری زناشویی	احمدی و همکاران (۱۳۸۵)
بعد فیزیکی (۰/۵۶) بعد روانشناختی (۰/۴۴) بعد اجتماعی (۰/۳۰) بعد محیطی (۰/۴۱) پیگیری ۳ ماهه (۰/۵۰) بعد فیزیکی (۰/۵۰) بعد روانشناختی (۰/۳۳) بعد اجتماعی (۰/۴۰) بعد محیطی (۰/۳۶)	نوروفیدبک آموزش خودتدبیری و اصلاح رفتار	گروه آزمایش گروه گواه	GHQ	۲۰ نفر در ۲ گروه	سلامت روان معتادان	دهقانی آرانی و همکاران ۱۳۸۶
		گروه آزمایش گروه گواه	پرسشنامه کیفیت زندگی	۴۲ نفر در ۲ گروه	کیفیت زندگی بیماران انسداد مزمن ریه	باقریان سرارودی و همکاران ۱۳۸۷

ادامه جدول ۳: مداخلات رفتاری

تاریخ / محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله / ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	متغیر (ES)
فرخنده و به‌پژوه ۱۳۸۲	مشکلات رفتاری کودکان عقب مانده	۳۰ نفر در ۳ گروه	پرسشنامه رفتاری کودکان راتر	۲ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	۱. مشاوره گروهی ۲. اقتصاد ژنتی (در این بخش ES مربوط به این روش گزارش شده است)	۰/۸۹
بنازاده و همکاران ۱۳۸۱	افسردگی دوران بارداری	۳۰ نفر در ۲ گروه	افسردگی اندیبرگ	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	زوج‌درمانی رفتاری	۰/۷۵
دادستان و همکاران ۱۳۸۰	اضطراب، پیشرفت تخصصی و حافظه کودکان دبستانی	۷۸۱ نفر در ۲ گروه (۱۴۶ نفر آزمایش، ۱۴۰ نفر گواه)	آزمون اضطراب رینولدز آزمون حافظه شنبازی کلامی ری نمرات پیشرفت تخصصی	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	تشخیص‌زادای عمیق عضلانی	اضطراب (۰/۰۳) حافظه (۰/۰۵) معدل (۰/۱۲)
داسستانی و همکاران ۱۳۷۸	بهبود کیفیت جواب	۲۱ نفر در ۲ گروه	پرسشنامه کیفیت جواب پیتزبرگ	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه (درمانی)	تشخیص‌زادای عضلانی تدریجی + تصویرسازی ذهن هموستی آرام‌بخش	۰/۹۲
جان‌بزرگی ۱۳۷۳	ایجاد پایداری هیجانی	۳۳ نفر: ۱۷ نفر آزمایش، ۱۵ نفر گواه	پرسشنامه ۱۶ عاملی کل	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	آموزش تشن‌زادای تدریجی و آرام‌سازی سبک زندگی	عوامل اضطرابی کل: C (۰/۴۳) H (۰/۴۷) O (۰/۴۸) Q4 (۰/۵۱)
نقه الاسلام و همکاران (۱۳۸۱)	کنترل صبح در کودکان و نوجوانان	۳۰ نفر در ۳ گروه	امقیاس علائم ESS صیغ	۲ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	۱- باوقیف‌بک (در این بخش ES مربوط به این روش گزارش شده است) ۲- مشاوره هم‌رونی و آموزش مهارت‌های روانی حرکتی به والدین	شدت علائم (۰/۸۸) فراوانی حملات (۰/۳۸) احساس کنترل حملات (۰/۸۴)
فرامرز و ملک‌پور ۱۳۷۸	رشد حرکتی کودکان داون	۳۱ والد در ۲ گروه	۱- مقیاس رشد حرکتی ویلدرز ۲- مقیاس رشد کول	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	رشد حرکتی (۰/۲۰) رشد روانی حرکتی (۰/۳۱) مهارت‌های حرکتی درشت (۰/۳۱)	

درمان‌های شناختی-رفتاری

درمانگری شناختی-رفتاری، یکی از الگوهای روان‌درمانگری است که امروزه وسیع‌ترین حجم تحقیقات را به خود اختصاص داده است (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶). این شیوهٔ مداخله، روشی فعال، مستقیم، دارای محدودیت زمانی در اجرا و ساخت یافته، برای درمان اختلالات روان‌شناختی و یا پیشگیری از آنهاست (بک و دیگران، ۱۹۷۹). درمانگرهای شناختی، مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های نادرست، افکار نابهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص می‌دهند و درمان می‌کنند و هدف آنها بازسازی کردن افکار، احساسات و باورهای شخص است. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که CBT برای افسردگی یک قطبی دوران بزرگسالی، افسردگی یک قطبی دوران نوجوانی، اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته، اختلال وحشت‌زدگی با و بدون وسعت‌هراسی، هراس اجتماعی، PTSD و اضطراب و افسردگی دوران کودکی کارآمدی بالایی دارد؛ همچنین، CBT نتایج امیدوارکننده‌ای را به عنوان درمان کمکی در کنار دارودرمانگری برای اسکیزوفرنیا داشته است (باتلر و دیگران، ۲۰۰۶).

در این پژوهش ۳۱ مطالعه به درمان‌های شناختی-رفتاری پرداختند که میانگین اندازه اثر آن به طور کلی ۰/۶۰ به دست آمد؛ همچنین، هفت مطالعه به پیگیری اثر مداخله پرداختند که در یک مورد مدت زمان پیگیری گزارش نشده بود (کشاورز و همکاران، ۱۳۸۴) و نیز مطالعات قمری (۱۳۸۸)، نظری و نوایی‌نژاد (۱۳۸۴) صرامی و همکاران (۱۳۸۸) با پیگیری یک‌ماهه، حقایق و همکاران (۱۳۸۷) و دهقانی و همکاران (۱۳۸۸) با پیگیری دو‌ماهه و مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۵) با پیگیری‌های یک و سه ماهه صورت گرفت که اندازه اثر مداخلات شناختی-رفتاری در مطالعات پیگیری ۰/۴۵ به دست آمد (جدول ۴).

جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

تاریخ/محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله/ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	متغیر (ES)
شریفی در آمدی (۱۳۸۴)	پر خاشاکی نوجوانان پسر بزده‌پدیه	۵۰ نفر در ۳ گروه	آزمون پر خاشاکی آیزنک	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	شناخت درمانگری حرمت خود	۰/۸۶
ناصح (۱۳۸۶)	افسردگی نوجوانان	۶۴ نفر در ۳ گروه	افسردگی بک	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	CBT گروهی + مهارت‌آموزی والدین (پس آزمون ۱) و (سپس) + جلسات مشترک نوجوانان- والدین (پس آزمون ۲)	پس آزمون اول (۰/۷۴) پس آزمون دوم (۰/۸۱)
زارع و همکاران (۱۳۸۶)	سبک‌های ابزار سبک هیجان	۳۱ نفر در ۳ گروه	۱. آزمون ابزارگری هیجانی و دوسوگرایی در ابزار هیجان ۲. آزمون مهارت هیجانی	۳ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	۱. گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری (در این بخش ES مربوط به این گروه گزارش شده است) ۲. روان‌نمایش‌گری	ابزارگری هیجانی (۰/۶۷) دوسوگرایی هیجانی (۰/۴۱) مهارت‌هیجانی (۰/۷۴)
زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۷)	حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان بی‌و بدسریست	۲۰ نفر در ۲ گروه	۱. مقیاس حرمت خود روزنبرگ ۲. خودکارآمدی شرر و دیگران	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	هنر روان‌درمانگری شناختی رفتاری	حرمت خود (۰/۵۴) خودکارآمدی (۰/۴۳)
نریمنی و (۱۳۸۱)	دانش‌آموزان افسرده	۴۰ نفر در ۲ گروه	پرسشنامه افسردگی بک	۱ آزمایش ۱ گروه گواه	CBT	۰/۸۷
حقیقتی و همکاران (۱۳۸۷)	بیماران مبتلا به‌نشناختگان روده تحریک‌پذیر	۲۴ نفر در ۳ گروه	۱. زیرمقیاس اضطراب سلامتی در آزمون کیفیت زندگی پاتریک ۲. افسردگی بک	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	CBT	اضطراب سلامتی (۰/۵۲) افسردگی (۰/۴۵) پیچیدگی ۲ ماهه اضطراب سلامتی (۰/۲۰) افسردگی (۰/۴۲)

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/محقق(ان)
وسواس مادر (۰/۶۸) اضطراب کودک (۰/۲۳) تضادورزی کودک (۰/۱۲) پیگیری ۱ ماهه وسواس مادر (۰/۲۸) اضطراب کودک (۰/۱۱) تضادورزی کودک (۰/۰۶)	CBT	اگره آزمایش اگره گواه	۱. پرسشنامه وسواس ۲. پرسشنامه وسواس ۳. مقیاس سلامت کودک اتااریو	۳۲ نفر در ۲ گروه	وسواس مادران و اضطراب کودکان پیش دبستانی	صرامی و همکاران (۱۳۸۸)
۱. نشانه‌های DSM (۰/۲۹) ۲. بنادر (۰/۳۱) ۳. افسردگی (۰/۱۶) ۴. اضطراب (۰/۴۲) ۵. اضطراب زنی (۰/۲۳) ۶. حرمت خود (۰/۷۱)	CBT درمان ترکیبی (همه مفاهیم و فنون درمانگری بجز CBT)	۱. کودکستان ADHD با هوش متوسط پایین (۹۵- ۸۰) تحت CBT ۲. متوسط بالا تحت (۱۰۵-۱۲۰) درمان ترکیبی ۳. متوسط پایین تحت درمان ترکیبی ۴. متوسط بالا تحت CBT ۵. کودکان هوش عادی (۸۰-۱۲۰)	۱. چک لیست نشانه‌های ADHD DSM- IV-TR ۲. پرسشنامه راتر ۳. افسردگی کودکان میرپام ۴. حرمت خود آیس پی ۵. آزمون خط زدن حروف ۶. آزمون دقت تولوز-پیرون ۷. بنادر گشتات	۹۰ نفر ۴۰ کودک ADHD در ۲ گروه ۵۰ نفر عادی	ADHD کودکان	مهری نژاد و همکاران (۱۳۷۹)

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

تاریخ/محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله/ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	متغیر (ES)
محمی شیرازی و همکاران (۱۳۸۷)	سنندرم روده تحریک پذیر	۵۰ نفر در ۲ گروه	۱- پرسشنامه نشانه‌های سنندرم روده تحریک پذیر ROM-II SCL-09-R-۲	اگرچه آزمایش گروه گواه (درمانی)	CBT	خودپیمایش‌نازایی (۰/۵۱) وسواس بی‌اختیاری (۰/۵۱) حساسیت روابط (۰/۴۹) افسردگی (۰/۴۱) اضطراب (۰/۵۴) هراس (۰/۴۸) انکار پارانوئیدی (۰/۴۰) روان‌گسسته‌موزی (۰/۴۵) پرخاشگری (۰/۴۸) نمونه کلی (۰/۵۱)
تق‌الاسلام و همکاران (۱۳۸۱)	کنترل صرع در کودکان و نوجوانان	۳۰ نفر در ۲ گروه	امقیاس علائم صرع ESS	۲ گروه آزمایش گواه	۱. شناخت درمانی ایس به این روش گزارش شده است) ۲. با یوفنیک	شدت علائم (۰/۸۲) فراوانی حملات (۰/۴۱) احساس کنترل حملات (۰/۸۵)
فسرچی و همکاران ۱۳۸۲	تعارضات زناشویی	۸۰ زوج در ۴ گروه	پرسشنامه تعارض زناشویی	۳ گروه آزمایش گواه	۲. واقعیت درمانی کلاسر ۳. ترکیب دو درمان	(۰/۶۴)
جوگر و همکاران ۱۳۸۵	افسردگی	۳۰ نفر در ۲ گروه	افسردگی بک	۲ گروه آزمایش گواه	۱. CBT ۲. کتاب درماتی (روانشناسی افسردگی برون)	(۰/۸۱)

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/محقق (ان)
<p>۱. ابزارگری هیجانی (۰/۶۰)</p> <p>سلامت عمومی (۰/۷۶)</p>	<p>۱. درمان عقلانی، عاطفی رفتاری (در این بخش ES مربوط به این روش گزارش شده است)</p> <p>۲. روان‌تیماینگری</p>	<p>۲ گروه آزمایش</p> <p>۱ گروه</p>	<p>۱. ابزارگری هیجانی</p> <p>کیگ و امونز</p> <p>GHQ</p> <p>۲.</p>	<p>۳۶ نفر در ۳ گروه</p>	<p>سلامت روانی و ابزارگری هیجانی</p> <p>مراجعه‌کنان زن بهزیستی</p>	<p>زاع و شنیع</p> <p>۱۳۸۶</p> <p>آبادی</p>
<p>نسبت به نابروزی (۰/۶۵)</p> <p>نابروزی و درمان (۰/۴۳)</p> <p>اهمیت فرزند/ والدینی (۰/۶۶)</p> <p>روابط بین فردی (۰/۴۴)</p> <p>روابط زناشویی (۰/۴۱)</p> <p>کنترل (۰/۱۳)</p> <p>آینده (۰/۵۷)</p> <p>پذیرش اجتماعی (۰/۵۲)</p> <p>خود و همسر (۰/۵۷)</p>	<p>CBT براساس زیرسیستم‌های شناختی متعامل</p>	<p>۱ گروه آزمایش</p> <p>۱ گروه</p>	<p>نگرش سنج</p>	<p>۲۰ زوج در ۲ گروه</p>	<p>تغییر نگرش زوج‌های ناباور</p>	<p>نیلفروشان و همکاران</p> <p>۱۳۸۵</p>
<p>نگرش نسبت به تحصیل (۰/۸۵)</p> <p>علاقه‌انگیزش تحصیلی (۰/۸۶)</p> <p>فعالیت‌های علمی (۰/۶۸)</p> <p>هنجارهای اجتماعی (۰/۹۱)</p> <p>پیگیری</p> <p>نگرش نسبت به تحصیل (۰/۸۵)</p> <p>علاقه‌انگیزش تحصیلی (۰/۸۶)</p> <p>فعالیت‌های علمی (۰/۷۰)</p> <p>هنجارهای اجتماعی (۰/۸۸)</p>	<p>CBCIT</p>	<p>۱ گروه آزمایش</p> <p>۱ گروه گواه</p>	<p>مقیاس نگرش نسبت به تحصیل</p>	<p>۲۴ نفر در ۲ گروه</p>	<p>تغییر نگرش نسبت به تحصیل</p>	<p>کنسرواتورز و همکاران</p> <p>۱۳۸۴</p>

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

تاریخ/محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله/ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	متغیر (ES)
منسجوری و همکاران ۱۳۸۵	سلامت روان زنبق‌های تابارور	۱۴ نفر در ۲ گروه	SCL-90-R	اگره آزمایش اگره گواه	مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری	پس‌آزمون (۰/۹۳) پیگیری ۱ ماهه (۰/۹۲) پیگیری ۳ ماهه (۰/۹۰)
قاسمزاده نساجی ۱۳۸۹	پاسخ‌های مقاله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان	۵۸ نفر در ۲ گروه	۱. پرسشنامه پاسخ‌های مقاله‌ای ۲. راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات	اگره آزمایش اگره گواه	CBT	نمره کلی مقابله مسئله‌مدار (۰/۳۸) مقابله مبتنی بر حل مسئله (۰/۳۷) مقابله ارزیابی شناختی (۰/۳۳) مقابله هیجان‌مدار (۰/۴۵) مقابله مبتنی بر هیجان (۰/۱۴) جلب حمایت اجتماعی (۰/۱۱) جسمانی کردن مشکلات (۰/۵۳) راهبرد خودسوزنیگری (۰/۵۲) راهبرد پذیرش (۰/۰۸) نشیخ‌زدگی (۰/۳۳) توجه مثبت مجدد (۰/۰۷) راهبرد برنامه‌ریزی (۰/۱۲) راهبرد ارزیابی مجدد مثبت (۰/۱۷) تحت نظارت قرار دادن (۰/۰۴) تلقی فاجعه‌آمیز (۰/۳۳) راهبرد سرزنش دیگری (۰/۰۶)
نشاط دوست و همکاران ۱۳۸۸	کیفیت زندگی بیماران آلزایمی آرتانا	۲۰ نفر در ۲ گروه	کیفیت زندگی مقیاس اسکیندیناویس ۱۶	اگره آزمایش اگره گواه	مدیریت استرس شناختی رفتاری	کیفیت زندگی (۰/۸۹) پیگیری ۳ ماهه (۰/۶۵)
محرابی و همکاران ۱۳۸۷	کنترل قند خون و مشکلات هیجانی افراد دیابتی ۱	۲۵ نفر در ۲ گروه	۱. آزمایش HbA1c ۲. مقیاس DASS	اگره آزمایش اگره گواه	مدیریت استرس شناختی رفتاری	HbA1c (۰/۷۵) افسردگی (۰/۸۸) اضطراب (۰/۴۸) استرس (۰/۶۴)

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

متغیر (BS)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/محقق(ان)
افسردگی (۰/۸۳) پیگیری ۲ ماهه (۰/۶۴) اضطراب (۰/۶۷) پیگیری ۲ ماهه (۰/۵۳)	مدیریت استرس شناختی رفتاری	گروه آزمایش گروه گواه	SCL-90-R	۲۴ نفر در گروه ۲	اضطراب و افسردگی بیماران آلوسی آرناتا	دهقانی و همکاران ۱۳۸۸
(۰/۳۷)HbA1c افسردگی (۰/۵۱)	مدیریت استرس شناختی رفتاری	گروه آزمایش گروه گواه	HbA1c ۱. آزمایش ۲. مقیاس افسردگی DASS	۴۰ نفر در گروه ۲	کنترل قند خون و افسردگی افراد دیابتیک ۲	دوازده اسامی و همکاران ۱۳۸۸
همکاری (۰/۸۵) رابطه جنسی (۰/۸۰) واکنش هیجانی (۰/۸۳) جلب حمایت فرزند (۰/۹۲) رابطه با خویشان خود (۰/۷۵) رابطه با خویشان همسر (۰/۷۴) جدا کردن امور مالی از یکدیگر (۰/۲۱) پیگیری ۱ ماهه همکاری (۰/۶۵)	مشاوره راه‌حل محور	گروه آزمایش گروه گواه	تعارض زناشویی برائی و ثنائی	۱۰ زوج در گروه ۲	تعارض زناشویی زوج های هر دو شاغل	قمری ۱۳۸۸
رابطه جنسی (۰/۷۰) واکنش هیجانی (۰/۷۱) جلب حمایت فرزند (۰/۸۷) رابطه با خویشان خود (۰/۳۱) رابطه با خویشان همسر (۰/۵۴) جدا کردن امور مالی از یکدیگر (۰/۵۰)						

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

تاریخ/محقق (ان)	موضوع مطالعه	تعداد آزمودنی	متغیر حاصله/ابزار	گروه‌ها	روش درمانی	متغیر (ES)
نظری و نوایی‌نژاد ۱۳۸۴	رضایت زنانسوئی زوجهین انتقال	۲۴ زوج در ۲ گروه	رضایت زنانسوئی اشنایدر	اگره آزمایش اگره گواه	مشاوره زاده‌حل محور	رضایت زنانسوئی (۰/۸۴) آشنایی کل (۰/۸۷) ارتباط عاطفی (۰/۷۰) ارتباط حل مسئله (۰/۸۵) پیگیری ماهانه رضایت زنانسوئی (۰/۳۳) آشنایی کل (۰/۳۱) ارتباط عاطفی (۰/۳۵) ارتباط حل مسئله (۰/۴۱)
نرسی و شهبهی بیلاق ۱۳۸۰	دانش آموزان مضطرب اجتماعی	۹۰ نفر در ۳ گروه	۱. عزت نفس کونبر اسمیت ۲. اضطراب اجتماعی SCL-90-۳	اگره آزمایش اگره دارونما اگره گواه	آموزش ابراز وجود	ابراز وجود (۰/۶۴) عزت نفس (۰/۳۸) بهانشت روانی (۰/۵۷) (۰/۵۹)
حقیقی و همکاران ۱۳۸۵	دانش آموزان دختر مشکلات روانی زنان	۶۰ نفر در ۲ گروه	۱. عزت نفس کونبر اسمیت GHQ-۳	اگره آزمایش اگره گواه	آموزش مهارت‌های زندگی	سلامت عمومی (۰/۶۷) عزت نفس (۰/۵۸)
شکیبایی و همکاران ۱۳۸۷	مشکلات روانی زنان مطلقه	۳۰ نفر در ۲ گروه	۱. SCL-90-R ۲. پرسشنامه خودمتمایزسازی	اگره آزمایش اگره گواه	آموزش خودمتمایزسازی	خودمتمایزسازی (۰/۹۱) خودبینی‌اندازی (۰/۶۹) وسواس بی‌اختیاری (۰/۷۵) حساسیت روابط (۰/۸۰) افسردگی (۰/۷۵) اضطراب (۰/۶۴) هاس (۰/۶۳) افکار پارانوئیدی (۰/۸۱) روان‌گسسته‌واری (۰/۶۹) پرخاشگری (۰/۷۳)

ادامه جدول ۴: مداخلات شناختی- رفتاری

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/محقق (ان)
مقایسه مسئله‌مدار (۰/۱۶) هیجان‌مدار (۰/۱۸) کمتر موثر (۰/۰۳) غیر موثر (۰/۱۷)	آموزش مدیریت استرس	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	چکلیست مقابله با استرس	۱۹۸ نفر در ۲ گروه	بیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر دبیرستانی	سلطانی و همکاران (۱۳۸۷)
سلامت عمومی (۰/۷۸) شدت کمر درد (۰/۵۸)	CBGT	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	GHQ مقیاس ناتوانی کمر درد کوچک	۳۰ نفر در ۲ گروه	شدت درد و سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن	جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۸۹)
سلامت عمومی (۰/۵۱) علائم جسمانی (۰/۵۰) اضطراب و بیخوابی (۰/۵۲) کارکرد اجتماعی (۰/۱۵) افسردگی (۰/۰۶)	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	GHQ	۲۲ نفر در ۲ گروه	دانشجویان	صادقی موحد و همکاران (۱۳۸۷)
۰/۶۹	۱. مقابله درمانگری (در این بخش مربوط به این روش گزارش شده است) ۲. تنش‌زدایی تدریجی	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	افسردگی بک	۴۵ نفر در ۳ گروه ۱۵ تایی	دختران افسرده	آقایوسفی و همکاران (۱۳۷۹)
تندگی (۰/۶۶) تعارضات خانوادگی (۰/۶۳)	مقابله درمانگری	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	پرسشنامه رویدادها و تغییرات زندگی مک کاین	۴۰ نفر در ۲ گروه	تندگی در زمان مبتلا به کرونری عروق	آقایوسفی و زارع (۱۳۸۸)

درمان‌های وانمودی

درمان‌های وانمودی؛ شامل رویکردهای وجودی، انسان‌گرایانه، معنادرمانگری و واقعیت‌درمانگری است. این درمان‌ها بر روی فردیت انسان بسیار تأکید می‌کنند. آنچه در مکتب انسانی‌نگر مورد تأکید است؛ توجه ویژه آن به فرد و احترام به مقام انسانی اوست و این احترام به مقام انسانی با دیدگاه آزادی انسان توأم گشته است (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۳).

بوگتال (۱۹۶۳) سه هدف اصلی درمان را این طور بیان می‌کند:

۱. کمک به درمانجویان در تشخیص دادن این موضوع که آنها در فرایند درمان به خودی خود کاملاً حضور ندارند و بدانند که این حالت می‌تواند آنها را خارج از درمان محدود کند.
 ۲. حمایت کردن از درمانجویان در روبه‌رو شدن با اضطراب‌هایی که مدت طولانی از آنها اجتناب کرده‌اند.
 ۳. کمک کردن به درمانجویان در بازنگری خود و دنیای خویش به صورتی که اصالت بیشتری را در ارتباط با زندگی پرورش دهند.
- در این پژوهش، تنها سه مطالعه به درمان‌های وانمودی (معنادرمانگری، درمان وجودی و واقعیت‌درمانگری) پرداخته بودند که اندازه اثر کلی آنها ۰/۷۷ به دست آمد؛ همچنین، تنها یک مطالعه (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸) به پیگیری شش‌ماهه اثر درمان پرداخته بود که اندازه اثر کلی آن ۰/۹۵ به دست آمد (جدول ۵).

جدول ۵: درمان‌های و انمودی

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ / محقق (ان)
اضطراب (۰/۹۱)						
افسردگی (۰/۹۵)						
پرخاشگری (۰/۹۵)	۱. معنادرمانگری	۲ گروه آزمایش	SCL-25-R	۹۰ نفر در ۳ گروه	اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دانشجویان	یوسفی و همکاران (۱۳۸۸)
پیکری ۶ ماهه	۲. گشتالته‌درمانی	۱ گروه گواه				
اضطراب (۰/۹۵)						
افسردگی (۰/۹۶)						
پرخاشگری (۰/۹۵)						
(۰/۷۵)	مشاوره گروهی تلفیقی شناختی و وجودی	۱ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	آزمون بحران وجودی	۴۰ نفر در ۲ گروه	بحران وجودی نوجوانان	احمدی و دستغیب (۱۳۷۹)
(۰/۶۳)	۱. شناخت‌درمانی الیس ۲. واقعیت‌درمانی گلاسر ۳. ترکیب دو درمان	۳ گروه آزمایش ۱ گواه	پرسشنامه تعارض زناشویی	۸۰ زوج در ۴ گروه	تعارضات زناشویی	فرحیختش و همکاران (۱۳۸۲)

مداخله‌های معنوی (مذهبی)

مداخله‌های معنوی (مذهبی)؛ شامل برنامه‌هایی است که به نوعی از مذهب یا معنویت به عنوان یک مؤلفه درمانی و یا به عنوان یک مداخله مستقل از آن استفاده کرده است. مداخله‌های معنوی پرداختن به مذهب و معنویت را امری ضروری و شیوه‌ای مؤثر برای مهار مشکلات روان‌شناختی می‌دانند. اگرچه در این مداخله‌ها پرداختن به امری مقدس اساس سلامت روانی فرض می‌شود و به هم‌ریختگی معنوی که ارزش‌ها، شیوه معنادهی و هدف غایی زندگی را دربرمی‌گیرد؛ اساس تبیین آسیب روان‌شناختی فرض می‌شود (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۳)، اما پراکندگی نظری و فنی این مداخله‌ها بسیار زیاد است و تنها باید از یک اشتراک لفظی برای قرار دادن این مداخله‌ها در یک طبقه استفاده کرد. بررسی مقالاتی که در این زمینه در ایران منتشر شده است، نشان می‌دهد که اغلب این مداخله‌ها به طور واضح توضیح داده نشده‌اند و ماهیت مستقلی ندارند. امروزه، این مداخله‌ها را تحت عنوان نیروی چهارم در روان‌شناسی معرفی می‌کنند (همان).

در بین بیش از پانزده مطالعه در زمینه مداخله‌های معنوی و مذهبی تنها ده مطالعه شرایط ورود به این فراتحلیل را داشته‌اند. در این ده مطالعه ۲۸ متغیر که اغلب بالینی هستند، مورد مطالعه قرار گرفته و میانگین اندازه اثر این مداخله‌ها $0/55.25$ با انحراف معیار $0/20.71$ بوده است که در حد متوسط قرار دارد. در مقایسه با مطالعات متناظر خود در درمان‌های شناختی رفتاری (با میانگین $= 0/61.25$ با انحراف معیار $= 0/17.51$) که در جدول ۷ منعکس شده‌اند، در آزمون t برای گروه‌های مستقل تفاوت معناداری نشان نداد ($t = -1/17$ ، سطح معناداری $= 0/247$ ، با درجه آزادی ۵۴). البته با نگاهی اجمالی به مطالعات ثبت شده، هرچند تعداد مطالعات محدود است؛ اما به نظر می‌رسد بین مطالعاتی که مذهب را محور معنویت قرار می‌دهند با مطالعاتی که معنویت سکولار را اساس کار قرار داده‌اند، تفاوت وجود دارد که مطالعه‌ای مجزا می‌طلبد.

جدول شماره ۶: محاسبه اندازه اثر مداخلات معنوی مذهبی

متغیر (ES)	روش های مداخله	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/ محقق(ان)
۰/۵۱ اضطراب افسردگی ۰/۴۷	۸ جلسه مشاوره معنوی انفرادی	دو گروه آزمایشی و کنترل	مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی	۹۰ نفر در دو گروه ۴۵ نفره	تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز	آقاجانی، افاضل و مرصعی ۱۳۹۲
۰/۶۳ اضطراب ۰/۳۵ استرس ۰/۲۳ سلامت معنوی ۰/۵۳	۱۲ جلسه گروه درمانی معنوی	دو گروه آزمایشی و کنترل	DAS-61 و مقیاس سلامت معنوی	۲۴ نفر در دو گروه ۱۲ نفره	اثر بخشی گروه درمانی معنوی بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه	بوله‌ری، نظری و زمانیان ۱۳۹۱
۰/۶۱ اضطراب کیفیت زندگی ۰/۸۲	۸ جلسه گروهی	دو گروه آزمایشی و کنترل	پرسشنامه اضطراب کتل، کیفیت زندگی WHO و فشار سنج	۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفره	ترکیب سایریت استرس و معنویت درمانی بر فشار خون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون	گلکار و همکاران، ۱۳۹۳
۰/۶۱ اضطراب کیفیت زندگی ۰/۸۱	۸ جلسه گروهی	دو گروه آزمایشی و کنترل	پرسشنامه اضطراب کتل، کیفیت زندگی WHO و فشارسنج	۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفره	معنویت درمانی	گلکار و همکاران، ۱۳۹۳
۰/۶۱ افسردگی	۱۰ جلسه معنویت درمانی	دو گروه آزمایشی و کنترل	مقیاس افسردگی GDS	۳۴ نفر در دو گروه ۱۷ نفره	معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه	محمدی ۱۳۹۲
۰/۵۲ افسردگی اضطراب ۰/۴۸ استرس ۰/۴۴	۹ جلسه گروهی معنویت درمانی طراحی شده توسط وزیری و کاشانی	دو گروه آزمایشی و کنترل	DASS	۲۹ نفر در دو گروه ۱۵ نفره	معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان	لطفی کاشانی، مفید، و سراقاز مهر، ۱۳۹۲

ادامه جدول شماره ۶: محاسبه اندازه اثر مداخلات معنوی مذهبی

عامل C: ۰/۱۰ G: ۰/۴۸ H: ۰/۴۴ O: ۰/۳۰ Q3: ۰/۳۹ Q4: ۰/۶۴ D1: ۰/۳۱ D2: ۰/۶۸ D5: ۰/۳۳	جلسه ۳۰ درمان یکپارچه توجهی	یک گروه	CAQ مقیاس	۴۲ نفر در یک گروه	درمان یکپارچه توجهی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی	جان‌بزرگی و هادی ۱۳۸۸
وسواس ۰/۸۱	۳۰ جلسه دو ساعته درمان چندبعضی معنوی / مذهبی	دو گروه آزمایشی و گواه	مقیاس بیل بران	۲۴ نفر در دو گروه ۱۲ نفره	گروه دره‌سنگری جامع (چندبعضی معنوی) اختلال وسواس - تجزیه‌پذیری (OCD)	جان‌بزرگی و راجری ۱۳۹۰
اضطراب ۰/۴۸ افسردگی ۰/۴۲ کیفیت زندگی	درمان معنوی گروهی دانشگاه بیل	دو گروه آزمایشی و گواه	افسردگی یک، اضطراب یک، کیفیت زندگی	۶۱ نفر در دو گروه	رواندرمانی معنوی در اختلالات مبتلا وابستگی به مواد	محمدی، اکبری، حانمی، مکری، کاپانی، سلیمانیان و صحت ۱۳۹۰
اضطراب کلی ۰/۷۹ سلامت عمومی ۰/۷۷ حالت اضطرابی ۰/۸۸ رگه اضطرابی ۰/۸۳	۱۲ جلسه درمان چند بعضی با جهت گیری مذهبی	دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه	اضطراب کل، اضطراب اسپیلبرگر، آزمون GHQ، پرسشنامه مذهبی خودشناسی	۶۰ نفر در سه گروه	اثر بخشی رواندرمانگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب و تنبذگی (نقطه محاسبه گروه مذهبی)	جان‌بزرگی مسعود

سایر مداخلات

در این پژوهش، انواع دیگر مداخلات مانند آموزش‌های روانی، موسیقی‌درمانگری‌ها و روان‌نمایشگری‌ها تحت عنوان سایر مداخلات طبقه‌بندی شد؛ بدین ترتیب، چهارده مطالعه در این طبقه جای گرفت که اندازه اثر کلی آن ۰/۵۹ به دست آمد؛ همچنین، تنها یک مطالعه (احیاکننده و همکاران، ۱۳۸۷) به پیگیری یک ماهه اثر درمان (مشاوره گروهی سازگاری شغلی دیویس) پرداخته بود که اندازه اثر آن ۰/۶۰ محاسبه شد (جدول ۷).

جدول شماره ۷: سایر مداخلات

مقبر (EIS)	روش درمانی	گروه‌ها	مقبر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ / محقق (ان)
آشننگی کلن (۰/۸۷) ارتباط عاطفی (۰/۸۳) ارتباط (۰/۸۷) برخاستگری (۰/۶۶) زمان باهم بودن (۰/۸۹) مسائل مالی (۰/۸۱) روابط جنسی (۰/۸۸) جهت گیری نقش (۰/۱۲) تاریخچه مشکلات (۰/۰۶)	مشاوره انگیزشی نظام مند گروهی	اگره آزمایش اگره گواه	رضایت زناشویی استاندارد	۲۳ زوج در ۲ گروه	آشننگی زناشویی	سلیمانان و همکاران ۱۳۸۴
فرسودگی شغلی (۰/۹۰) پیگیری ۱ ماهه (۰/۶۰) برنامه ریزی (۰/۴۳) روش مطالعه (۰/۴۹) تمرکز (۰/۲۱) یادداشت‌برداری (۰/۳۳) خلاصه‌نویسی (۰/۳۲) امتحان (۰/۴۰) مجموع مهارت‌ها (۰/۴۸) پیشرفت تحصیلی (۰/۵۵)	مشاوره گروهی سازگاری شغلی دیویس	اگره آزمایش اگره گواه	فرسودگی شغلی مسئله	۴۰ نفر در ۲ گروه	فرسودگی شغلی	احیاکننده و همکاران ۱۳۸۷
مشاوره تحصیلی گروهی	اگره آزمایش اگره گواه	۱- آزمون مهارت تحصیلی ۲- معدل	مهارت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان	۳۶ نفر در ۲ گروه	مهارت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان	رجایی و همکاران ۱۳۸۳
افسردگی (۰/۹۶) نامیدی (۰/۷۰)	مشاوره گروهی	اگره آزمایش اگره گواه	۱. مقیاس افسردگی CDS ۲. نامیدی بک	۲۶ نفر در ۲ گروه	نوجوانان لوسیک	اکابریان و همکاران ۱۳۷۹

ادامه جدول شماره ۷: سایر مداخلات

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ/ محقق (ان)
میزان صمیمیت (۰/۵۲) نیاز عاطفی (۰/۴۸) روان‌شناسی (۰/۳۹) عقلانی (۰/۵۱) جنسی (۰/۴۷) جسمی (۰/۴۱) معنوی (۰/۳۲) زیباشناسی (۰/۲۵) اجتماعی - تفریحی (۰/۲۴)	زوج درمانی ایماگوتراپی	گروه آزمایش گروه گواه	۱. صمیمیت زناشویی ۲. نیازهای صمیمیت	۳۳ زوج در گروه	صمیمیت زوجین	اعتمادی و همکاران ۱۳۸۵
صفاکرد کلی (۰/۸۸) حل مشکل (۰/۸۳) نقشها (۰/۸۲) ارتباط (۰/۶۶) همراهی عاطفی (۰/۶۴) آمیزش عاطفی (۰/۶۹) کنترل رفتار (۰/۸۰)	مشاوره گروهی ارتباطی استنتر	گروه آزمایش گروه گواه	مقیاس سنجش عملکرد خانوادگی	۱۰ زوج در ۲ گروه	زوج‌های ناکارآمد	گودزی و همکاران ۱۳۸۷
بهداشت روان (۰/۲۸) احترام به خود (۰/۳۵) تقویت‌کننده (۰/۴۲) مستعد‌کننده (۰/۳۹) قادرکننده (۰/۴۵)	آموزش بر اساس الگوی پرسبند	گروه آزمایش گروه گواه	۱. پرسشنامه عوامل تقویت‌کننده، مستعد کننده و قادرکننده (الگوی پرسبند) ۲. احترام بخود روزنبرگ GHQ-28	۲ نفر در ۱۵۴ گروه	احترام بخود و بهداشت روان دانشجویان	مشکئی و همکاران ۱۳۸۹

ادامه جدول شماره ۷: سایر مداخلات

متغیر (ES)	روش درمانی	گروه‌ها	متغیر حاصله/ابزار	تعداد آزمودنی	موضوع مطالعه	تاریخ / محقق(ان)
نظرات انتقادی (۰/۴۴) درگیری عاطفی شدید (۰/۰۵)	آموزش روانشناختی خانواده	اگره آزمایش اگره گواه	پرسشنامه سوالات خانواده	۳۰ خانواده در ۲ گروه	ابراز هیجان در خانواده های بیماران اختلالات شدید روانپزشکی	کرملو و همکاران ۱۳۸۸
جو خانواده (۰/۳۰) انسجام (۰/۴۹) بیانگری (۰/۵۳) تعارض (۰/۲۶)	آموزش روانشناختی خانواده	اگره آزمایش اگره گواه	پرسشنامه جو خانواده	۳۰ خانواده در ۲ گروه	جو خانوادگی بیماران اختلالات شدید روانپزشکی	کرملو و همکاران ۱۳۸۹
۰/۶۴	آموزش روانشناختی خانواده (با پیگیری ۳ ماهه)	اگره آزمایش اگره گواه	پرسشنامه بلروانی زاریت	۱۰۰ نفر در ۲ گروه	بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری	نوبیدیان و همکاران ۱۳۸۹
بی تفاوتی اجتماعی $ES_{1,2} = (۰/۲۲)$ $ES_{2,3} = ۰/۳۶$ $ES_{1,3} = ۰/۵۵$	۱. موسیقی درمانگری فعال ۲. موسیقی درمانگری غیرفعال	۲ گروه آزمایش و یک گواه	مقیاس استاندارد علائم مثبت و منفی اندرینسن	۹۶ نفر در ۲ گروه	بیماران روان گسیخته	زاده محمدی و همکاران ۱۳۸۰
۰/۹۳	موسیقی درمانگری فعال و فعل پادیر (در دو سطح ایرانی و غربی)	۱. موسیقی درمانگری فعال ۲. موسیقی درمانگری فعل پادیر (پاپ ایرانی) ۳. موسیقی درمانگری فعل پادیر (پاپ غربی) ۴. گواه	پرسشنامه افسردگی بک	۸۰ نفر در ۴ گروه	نوجوانان افسرده	صلیبی ارفعی و همکاران (۱۳۸۲)
۰/۳۷	موسیقی درمانگری فعال	اگره آزمایش اگره گواه	مقیاس اختلالات رفتاری کالرز فرم معلم	۲۸ نفر در ۲ گروه	اختلالات رفتاری عاطفی کودکان بی وبلد سرپرست	زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۵)
۰/۸۶	۱. مشاوره گروهی (در این بخش ES مربوط به این روش گزارش شده است) ۲. اقتصاد ژنومی	۲ گروه آزمایش ۱ گروه گواه	پرسشنامه رفتاری کودکان راتر	۳۰ نفر در ۲ گروه	مشکلات رفتاری کودکان عقب مانده	فرخنده و به پژوه ۱۳۸۲

جهت مقایسه اندازه اثر شش نوع مداخله‌ای که مورد بررسی قرار گرفت، از روش تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. مقدار F در مطالعات اولیه $۰/۸۴$ و در مطالعات پیگیری $۱/۶۸$ به دست آمد که هیچیک در فاصله اطمینان $۰/۹۵$ معنادار نبود؛ به عبارت دیگر، بین اندازه اثر انواع درمانگری‌های گزارش شده در ایران تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

ما در این مطالعه به مرور ۷۴ مداخله گزارش شده در ایران پرداختیم. یافته‌ها نشان داد که اندازه اثر تمام انواع مداخلات گزارش شده در ایران بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ (و مداخلات معنوی و مذهبی تا سال ۹۲)؛ اعم از مداخلات پویشی، مداخلات رفتاری، مداخلات شناختی- رفتاری، وانمودی، معنوی (مذهبی) و سایر مداخلات در حد متوسط (بین $۰/۵$ تا $۰/۸$) هستند. پرکاربردترین رویکرد روان‌درمانگری در پژوهش‌ها نیز رویکرد شناختی- رفتاری بود که ۳۱ مورد از ۶۹ مداخله صورت گرفته (تا سال ۸۹) را به خود اختصاص می‌داد. درباره گروه‌های مقایسه‌ای که کارایی روان‌درمانگری‌ها در مقایسه با آنها تعیین شد، در تمامی مطالعات با گروه گواه صورت گرفته بود که البته در چهار مطالعه (محو شیرازی و همکاران ۱۳۸۷؛ صدوقی و همکاران ۱۳۸۷؛ داستانی و همکاران ۱۳۸۸؛ دهقانی آرانی و همکاران، ۱۳۸۸) گروه گواه در واقع گروه دارودرمانگری بود. یافته‌ها درباره اینکه نتایج روان‌درمانگری‌ها بعد از توقف درمان تا چه میزانی پایدار باقی می‌مانند، نشان داد که تعداد کمی از مطالعات (یازده مطالعه) به پیگیری اثر مداخله پرداخته‌اند که دو مطالعه مربوط به مداخلات رفتاری، هفت مطالعه مربوط به مداخلات شناختی رفتاری، یک مطالعه مربوط به مداخلات وانمودی و یک مطالعه مربوط به سایر مداخلات بود و اندازه اثر کلی مداخلات در پیگیری‌های گزارش شده در حد کم $۰/۴۹$ به دست آمد؛ بنابراین، دست‌کم می‌توان گفت درباره پایداری درمان نمی‌توان به نتایج قابل اعتمادی اشاره کرد. بنابراین، در پاسخ به این سؤال که درمانگری‌ها هدف خود را تحت پوشش قرار می‌دهند و برای غلبه بر مشکلات روان‌شناختی مناسب هستند، هنوز جای سؤال زیادی به‌خصوص در ایران باقی است. این یافته با یافته‌های جهانی درباره آثار روان‌درمانگری

هماهنگ است؛ از جمله: کوئچپرس و همکاران (۲۰۱۲)، ویهوف و همکاران (۲۰۱۱)، لوئیز و همکاران (۲۰۰۸)، ریوا (۲۰۰۵)، کامپتون و همکاران (۲۰۰۴) و باتلر و همکاران (۲۰۰۶).

اینکه آیا اثر روان‌درمانگری پس از گذشت زمان باقی می‌ماند، نتایج تقریباً ناامیدکننده است. اندازه اثر در پیگیری‌ها به طور معناداری کاهش نشان می‌دهد. این امر در حالی است که می‌دانیم این یافته‌ها، اغلب از پایان‌نامه‌های دانشجویی حاصل می‌شود که به نوعی محققان علاقه‌مندند نتایج کار خود را با انگیزه بالایی پیگیری کنند. اگرچه این یافته نیز با نتایج یافته‌های بین‌المللی (از جمله: کامپتون و همکاران، ۲۰۰۴ و لوئیز و همکاران، ۲۰۰۸) هماهنگ است، عدم دسترسی به نتایج درمان در کلینیک‌های درمانی که دارای فضای واقعی‌تری در زمینه درمان هستند و مراجعان نیز از انگیزه‌های واقعی‌تری برخوردارند، ممکن است باعث این نتایج باشد.

در زمینه مطابقت‌های فرهنگی در درمان‌های روان‌شناختی مطالعات منفردی صورت گرفته است. تحلیل نتایج یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که درمان‌های مطابق با فرهنگ و مذهب خویش دریافت کرده‌اند، بهبودی بیشتری نشان می‌دهند (مک‌کالو، ۱۹۹۹)؛ همچنین، بیمارانی که درمان‌های معنوی (مذهبی) دریافت کرده‌اند، هم به لحاظ معنوی و هم به لحاظ روان‌شناختی بهبودی بیشتری نسبت به کسانی که درمان‌های سکولار دریافت کرده‌اند، نشان می‌دهند (ورتینگتون و همکاران، ۲۰۱۱)؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷ و جان‌بزرگی، ۱۳۷۷). اما نتایج تحلیل داده‌ها در این مطالعه؛ به رغم اینکه اغلب در مطالعات منفرد ادعا شده است، چندان امیدوارکننده نیست. آنچه درباره مطابقت‌های فرهنگی روش‌های روان‌درمانگری قابل ذکر است اینکه از روش‌های درمانگری معنوی (مذهبی) موجود تنها تعداد اندکی به ارزش‌ها و مؤلفه‌های فرهنگ دینی و اسلام توجه کرده‌اند. نادیده‌گرفتن بعد معنوی انسان و توجه به ارزش‌های فرهنگی مهم‌ترین زمینه عدم تطابق این روش‌ها در فرهنگ دینی ایران است. در نتیجه، مشکلی که روان‌درمانگری در سراسر دنیا با آن مواجه است، در ایران به دلیل عدم مطابقت فرهنگی به شکل شدیدتری دیده می‌شود. این مسئله لزوم طراحی و مطالعه درمانگری‌هایی با الگوهای فرهنگی را بیش از پیش برجسته و مطالعه مکانیزم اثر و نقاط ضعف مطالعات را ضروری می‌نماید.

در این پژوهش، محدودیت‌های متعددی تعمیم یافته‌ها را مستلزم احتیاط می‌کند. عدم دسترسی به درمانگری‌هایی که ممکن است با کیفیت بهتری توسط متخصصان باتجربه صورت گرفته باشد و نتایج کار آنها اغلب به صورت مقالات قابل استناد منتشر نشده، پژوهش را در حد مقالات منتشر شده در پایگاه‌های اطلاعات علمی محدود کرده است. عدم دسترسی به تحقیقات منتشر شده‌ای که در این پایگاه‌ها نمایه نشده‌اند را نیز باید به محدودیت‌های پژوهش اضافه کرد. مشکلاتی که در گزارش‌های منتشر شده از نظر روش‌شناسی وجود دارد نیز باعث حذف تعدادی از پژوهش‌ها از دایره این تحقیق شده است.

فراتحلیل نیز برای خود محدودیت‌هایی دارد؛ یکی از مشکلات، تعداد مقایسه‌هایی است که از هر مطالعه اولیه (پایه) در متاآنالیز وارد می‌شود، بعضی از 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 عین حال، مطالعاتی که مقایسه زیادی داشته‌اند، احتمالاً وزن بیش از حدی به متاآنالیز می‌دهند.

محدودیت احتمالی دیگر، بی‌توجهی به متغیرهای تعدیل‌گر احتمالی (برای مثال: تفاوت‌های جنسیتی) است. چنانچه متغیرهای تعدیل‌گر قابل شناسایی باشند و گروه نمونه مطالعه به اندازه کافی بزرگ باشد، احتمال دارد که فراتحلیلگران آنها را در تحلیل‌های خود وارد نمایند. مثال مهم از یک متغیر تعدیل‌گر، تأثیر وفاداری^۱ و تعهد محقق به نتایج مطالعات است. محدودیت آخر که از بی‌توجهی به تفاوت‌های موجود در مطالعات نشأت 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. یک مطالعه مروری، جریان‌هایی را که از مطالعه نتایج درمانی آشکار شده‌اند، گزارش نموده و زمینه‌هایی را برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌نماید (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۸۷).

پیشنهاد می‌شود مطالعات گسترده و طولی برای بررسی نتایج درمان در ایران توسط متخصصان باتجربه به منظور دستیابی به یک الگوی درمانگری کارآمد طراحی شود. به لحاظ کاربردی، روان‌درمانگری و مشاوره در ایران از مشکلات مشخص و

عدیده‌ای رنج می‌برد که در بخش مقدمه به آن اشاره شد. به‌رغم تلاش‌های متعددی که در نظام آموزش عالی کشور و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره صورت می‌گیرد، مشکلات روان‌درمانگری در ایران را می‌توان به چند مقوله مهم تقسیم کرد که پرداختن به آنها می‌تواند مسیر شکل‌گیری مداخلات مؤثر را فراهم کند؛ از آن جمله است:

مشکلات ساختاری آموزش عالی، مشکلات مربوط به کنش‌وری دانشگاه‌ها، مشکلات مربوط به اثربخشی روان‌درمانگری‌ها، مشکلات مربوط به عدم تطابق فرهنگی روان‌شناختی، فقدان تولید علمی، فقدان نظارت علمی، عدم پیوند ریشه‌ای تبیین‌های روان‌شناختی با فرهنگ اسلامی، فقدان اساتید خیره یا ضعف اساتید متخصص، فقدان ارزیابی مشخص از کاربرد روان‌درمانگری، ناهمطرازی با تحولات جهانی.

از آنجا که روان‌درمانگری در ایران اغلب متأثر از روان‌درمانگری‌های غربی است و این الگوبرداری حتی از شکل منسجم و کاملی برخوردار نیست، پیشنهاد می‌شود:

۱. الگوی روان‌درمانگری از شکل آموزشی صرف خارج شده و کارورزی در محیط واقعی درمان به‌عنوان یک تکلیف اساسی در مد نظر قرار گیرد.
۲. الگوهای هماهنگ با فرهنگ و متناسب با مناطق مختلف کشور، موضوع پژوهش‌های کاربردی قرار گیرد.
۳. در استفاده از روان‌درمانگری‌های غربی، منطبق مطابقت فرهنگی آن پیوست گزارش‌ها شود.

۴. درمان با دریافت نظارت‌گری (سوپروایزری) به صورت معتبر مبنای تأیید مداخلات دانشجویی و دریافت پروانه کار گردد.

منابع

- آقایوسفی، ع.؛ زارع، ح. (۱۳۸۸)، «تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر»، *علوم رفتاری*، س ۳، ش ۳، ص ۱۸۷-۱۹۳.
- آقایوسفی، ع.؛ دادستان، پ.؛ ازه‌ای، ج. و منصور، م. (۱۳۷۹)، «نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله‌درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی». *مجله روان‌شناسی*، ش ۱۶، ص ۳۴۷-۳۷۰.
- احمدی، خ.؛ نوابی‌نژاد، ش. و اعتمادی، الف. (۱۳۸۵)، «مقایسه اثربخشی دو روش مداخله‌ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی». *پژوهش‌های مشاوره*، س ۵، ش ۱۷، ص ۹-۳۷.
- احمدی، الف و دستغیب، م. (۱۳۷۹). «تأثیر مشاوره گروهی بر بحران وجودی نوجوانان شهر شیراز». *پژوهش‌های مشاوره*، س ۲، ش ۸ و ۷، ص ۲۹-۴۸.
- احیاکننده، م.؛ شفیع‌آبادی، ع.؛ سودانی، م. (۱۳۸۷)، «تأثیر مشاوره شغلی به شیوه سازگاری شغلی دیویس بر فرسودگی شغلی کارکنان دانشگاه آزاد». *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۳۸، ص ۱-۲۴.
- اعتمادی، ع.؛ نوابی‌نژاد، ش.؛ احمدی، الف.؛ فرزاد، و. (۱۳۸۵)، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان»، *پژوهش‌های مشاوره*، س ۵، ش ۱۹، ص ۹-۲۲.
- اکابریان، ش.؛ شهنی ییلاق، م. و آندیریویان، و. (۱۳۷۹)، «تأثیر مشاوره بر کاهش افسردگی و ناامیدی در نوجوانان لوسمیک افسرده». *طب جنوب*، س ۳، ش ۱، ص ۲۳-۲۸.
- انجمن روان‌شناسی ایران (۱۳۸۸)، *طرح ممیزی صد موضوع مهم علمی - طرح ممیزی رشته روان‌شناسی*، تهران: معاونت علمی ریاست جمهوری.
- باتلر، آ.؛ چامپن، ج.؛ فرمن، ای. و بک، آ. (۲۰۰۴)، «وضعیت تجربی درمانگری شناختی - رفتاری: یک مطالعه مروری بر روی فراتحلیلی‌گری‌ها». ترجمه و تألیف مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۷)، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، س ۲، ش ۳، ص ۷-۴۵.

- باقریان سرارودی، ر.؛ عطاران، ن.؛ کی پور، م. و خیرآبادی، غ. (۱۳۸۷)، «اثربخشی مداخله آموزشی- روان‌شناختی کوتاه در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان*، س ۱۵، ش ۳، ص ۵۲-۵۹.
- بنازاده، ز.؛ باغبان، ای. و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۸۶)، «بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری بر افسردگی بارداری»، *خانواده‌پژوهی*، س ۳، ش ۹، ص ۴۳۰-۴۲۱.
- بوله‌ری، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱)، «اثربخشی گروه‌درمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*، س ۳، ش ۱، ص ۸۵-۱۱۵.
- ثقه‌الاسلام، ط.؛ افروز، غ.؛ قره‌گزلی، ک. و حجازی، الف. (۱۳۸۱)، «مداخله روان‌شناختی در کنترل صرع کودکان»، *اندیشه و رفتار*، س ۸، ش ۲، ص ۵۶-۶۴.
- جان‌بزرگی، مسعود و نوری، ناهید (۱۳۹۳)، *نظریه‌های روان‌درمانگری و مشاوره*، ج ۱، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، مسعود و غروی، سیدمحمد (۱۳۹۳)، *نظریه‌های روان‌درمانگری و مشاوره*، ج ۲، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۳)، «ایجاد پایداری هیجانی براساس تلفیق آموزش تنش‌زدایی تدریجی و مهارت‌های آرام‌سازی سبک زندگی»، *روانشناسان ایرانی*، س ۱، ش ۲، ص ۱۳۴-۱۴۴.
- جان‌بزرگی، م.؛ علی‌پور، الف.؛ گلچین، ن. و آگاه‌هریس، م. (۱۳۸۹)، «اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری گروهی بر شدت درد و سلامت روانی بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن، پژوهش در سلامت روان‌شناختی»، س ۴، ش ۱ و ۲، ص ۳۵-۴۳.
- جان‌بزرگی، م و راجزی، س. (۱۳۹۰)، گروه‌درمانی چندبعدی اختلال وسواس- اجباری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۷، ش ۴، ص ۲۸۹-۲۹۶.
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۷۷)، «اثربخشی آموزش خودمهارگری (درمان چندبعدی) با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر عوامل اضطرابی شخصیت». *مجله روان‌شناسی*، ش (پیاپی) ۸، س ۲، ش ۴، ص ۳۴۳-۳۶۸.
- جراره، ج.؛ اعتمادی، الف.؛ نورانی‌پور، ر. و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۶)، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت و ارتباطی بر ارتقای سلامت روانی و

- رضامندی زوجین». *فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، س ۲، ش ۷، ص ۱-۲۵.
- جوادزاده شهشهانی، الف؛ جاهدی، س. و عرب، س. (۱۳۸۹)، «بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه تمرکز بر هیجان‌ها بر بهداشت روانی معلمان زن». *فصلنامه زن و جامعه*، س ۱، ش ۳، ص ۱۲۱-۱۳۳.
- جوکار، م؛ باغبان، ای. و احمدی، الف. (۱۳۸۵)، «مقایسه اثربخشی مشاوره حضوری و کتاب‌درمانی به شیوه شناختی در کاهش علائم افسردگی». *اندیشه و رفتار*، س ۱۲، ش ۳، ص ۲۷۰-۲۷۶.
- حقایق، ع؛ کلانتری، م؛ مولوی، ح. و طالبی، م. (۱۳۸۷)، «درمانگری شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۴، ش ۱۶، ص ۳۷۷-۳۸۶.
- حقیقی، ج؛ موسوی، م؛ مهربانی‌زاده هنرمند، م. و بشلیده، ک. (۱۳۸۵)، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه». *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، س ۱۳، ش ۱، ص ۶۱-۷۸.
- دادستان، پ؛ اناری، آ. و صدق‌پور، ب.ص. (۱۳۸۶)، «اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش‌درمانگری»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۴، ش ۱۴، ص ۱۱۵-۱۲۳.
- دادستان، پ؛ جان‌بزرگی، م. و نوری، ن. (۱۳۸۰)، «تأثیر روش تنش‌زدایی بر اضطراب، پیشرفت تحصیلی و حافظه کودکان دبستانی». *مجله روان‌شناسی*، س ۵، ش ۱، ص ۴-۳۰.
- داستانی، م؛ فتحی‌آشتیانی، ع. و صادق‌نیت، خ. (۱۳۸۸)، «مقایسه مداخله پزشکی و روان‌شناختی در بهبود کیفیت خواب». *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، س ۳، ش ۲، ص ۵-۱۴.
- دوازده امامی، م ح؛ روشن، ر؛ محرابی، ع. و عطاری، ع. (۱۳۸۸)، «اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کنترل قند خون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲»، *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، س ۱۱، ش ۴، ص ۳۸۵-۳۹۲.
- دهقانی آرانی، ف؛ رستمی، ر. و رحیمی‌نژاد، ع. (۱۳۸۸)، «درمانگری پس‌خوراند عصبی: یک درمان مؤثر برای اعتیاد». *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، س ۵، ش ۱۹، ص ۲۲۱-۲۳۰.

- دهقانی آرانی، ف.؛ رستمی، ر.؛ رحیمی‌نژاد، ع. و اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۶)، «اثربخشی آموزش پسخوراند عصبی بر سلامت روانی بیماران وابسته به مواد افیونی». *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، س ۱، ش ۴، ص ۷۷-۸۵.
- دهقانی، ف.؛ نشاط‌دوست، ح.ط.؛ مولوی، ح. و نیلفروش‌زاده، م.ع. (۱۳۸۸)؛ «اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به آلپرسی آرناتا». *مجله روان‌شناسی بالینی*، س ۱، ش ۲، ص ۹-۱.
- رجایی، م.؛ احمدی، الف. و عابدی، م. (۱۳۸۳). «تأثیر مشاوره تحصیلی گروهی بر مهارت‌ها و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان». *پژوهش‌های مشاوره*، س ۳، ش ۱۲، ص ۵۲-۴۱.
- رحمانی، ف.؛ صالحی، م. و رضاعی، ف. (۱۳۸۸)، «درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته با استفاده از روی‌آوردهای درمانگری دارویی و روان‌پویشی»، *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، س ۵، ش ۲۰، ص ۲۸۷-۲۷۷.
- رحمانی، ف.؛ دادستان، پ.؛ عاطف و حید، م.ک. و امیدی، ای. (۱۳۸۴)، «اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت و دارودرمانگری در بیماران افسرده»، *مجله روان‌شناسی*، ش ۳۴، ص ۱۳۸-۱۱۴.
- زارع، م.، شفیع‌آبادی، ع.، شریفی، ح.پ. و نوایی‌نژاد، ش. (۱۳۸۶)، «اثربخشی گروه‌درمانگری عقلانی-هیجانی-رفتاری و روان‌نمایشگری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۴، ش ۱۳، ص ۴۱-۲۵.
- زارع، م. و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۶)، «مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی عاطفی رفتاری و روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان زن»، *مطالعات زنان*، س ۱، ش ۲.
- زاده محمدی، ع.؛ عابدی، ع. و خانجانی، م. (۱۳۸۷)، «بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۴، ش ۱۵، ص ۲۵۲-۲۴۵.
- زاده محمدی، ع.؛ حیدری، م. و مجلد تیموری، م. (۱۳۸۰)، «بررسی اثر موسیقی‌درمانگری بر علائم منفی و مثبت بیماران روان‌گسیخته»، *مجله روان‌شناسی*، س ۵، ش ۳، ص ۲۳۱-۲۴۹.
- زاده محمدی، ع.؛ ملک خسروی، غ.؛ صدرالسادات، ج. و بیرشک، ب. (۱۳۸۵)،

- «بررسی تأثیر موسیقی درمانگری فعال بر کاهش اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست»، *مجله روان‌شناسی*، س ۱۰، ش ۲، ص ۲۲۲-۲۳۱.
- سلطانی، م؛ امین‌الرعا، م. و عطاری، ع. (۱۳۸۷)، «اثر آموزش مدیریت استرس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه»، *تحقیقات علوم رفتاری*، س ۶، ش ۱، ص ۱۶۹.
- سلیمانان، ع؛ نوابی‌نژاد، ش. و فرزاد، و. (۱۳۸۴)؛ «تعیین اثربخشی مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی (SMC) بر کاهش آشفتگی زناشویی»، *پژوهش‌های مشاوره*، س ۴، ش ۱۶، ص ۲۴-۹.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۴)، «تأثیر شناخت‌درمانگری حرمت خود بر میزان پرخاشگری نوجوانان بزه دیده پسر ۱۲ تا ۱۵ ساله». *اندیشه‌های نوین تربیتی*، س ۱، ش ۲ و ۳، ص ۳۹-۵۵.
- شکیبایی، ط؛ اسماعیلی، م. و کرمی، الف. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مطلقه تهران»، *روان‌شناسی تربیتی*، س ۲، ش ۷، ص ۱۱۵-۱۳۱.
- صادقی موحد، ف؛ نریمانی، م. و رجبی، س. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، س ۸، ش ۳، ص ۲۶۱-۲۶۹.
- صدوقی، م؛ نوری، الف؛ کجیاف، م.ب؛ عکاشه، گ. و مولوی، ح. (۱۳۸۷)، «آیا آموزش تنش‌زدایی تدریجی می‌تواند سردرد تنشی مزمن را کاهش دهد»، *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، س ۵، ش ۱۸، ص ۱۴۹-۱۵۷.
- صدیقی ارفع، ف؛ آزادفلاح، پ؛ فتحی آشتیانی، ع. و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۲)، «بررسی تأثیر موسیقی درمانگری فعال و فعل‌پذیر با استفاده از نغمه‌های ایرانی و غربی بر افسردگی نوجوانان»، *مجله روان‌شناسی*، س ۷، ش ۳، ص ۲۸۷-۲۹۹.
- صرامی، ز؛ امیری، ش؛ نشاط دوست، ح.ط. و مولوی، ح. (۱۳۸۸)، «اختلال وسواس بی‌اختیاری مادر و اضطراب در کودکان». *روان‌شناسان ایرانی*، س ۵، ش ۲۰، ص ۳۳۳-۳۴۲.
- فرامرزی، س. و ملک‌پور، م. (۱۳۸۸)، «تأثیر مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزش

- خانواده‌محور بر رشد حرکتی کودکان مبتلا به نشانگان داون». *توانبخشی*، س ۱۰، ش ۱، ص ۲۴-۳۱.
- فرحبخش، ک.؛ شفیع‌آبادی، ع.؛ احمدی، الف. و دلاور، ع. (۱۳۸۲)، «مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی ایس، واقعیت‌درمانی گلاسر و اختلاطی در کاهش تعارض‌های زناشویی». *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، س ۵، ش ۱۸، ص ۳۳-۵۷.
- فرخنده، م.ج. و به‌پژوه، الف. (۱۳۸۲)، «مقایسه اثربخشی روش‌های مشاوره گروهی و اقتصاد ژتونی در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی». *مجله روان‌شناسی*، ش ۲۸، ص ۳۷۲-۳۸۶.
- قاسم‌زاده نساجی، م.؛ پیوسته‌گر، م.؛ حسینیان، س.؛ موتابی، ف. و بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). «اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان». *مجله علوم رفتاری*، س ۴، ش ۱، ص ۳۵-۴۳.
- قمری، م. (۱۳۸۸)، «بررسی اثربخشی مشاوره راه‌حل‌محور در کاهش ابعاد مختلف تعارض زناشویی زوج‌های هر دو شاغل»، *خانواده‌پژوهی*، س ۵، ش ۱۹، ص ۳۴۷-۳۵۹.
- کرملو، س.؛ مظاهری، ع. و متقی‌پور، ی. (۱۳۸۸)، «اثر آموزش روان‌شناختی خانواده بر ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی»، *خانواده‌پژوهی*، س ۵، ش ۱۷، ص ۱۶۵.
- کرملو، س.؛ مظاهری، ع. و متقی‌پور، ی. (۱۳۸۹)، «اثر آموزش روان‌شناختی خانواده بر بهبود جو خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی». *مجله علوم رفتاری*، س ۴، ش ۲، ص ۱۲۳-۱۲۸.
- کشاورز، غ.؛ باغبان، ای. و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۸۴)، «بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی بر تغییر نگرش نسبت به تحصیل»، *مجله روان‌شناسی*، س ۹، ش ۱، ص ۶۶-۵۱.
- کلانتری، م.؛ نشاط‌دوست، ح. و زارعی، م.ب. (۱۳۸۰). «تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی مبتلا به نارسایی توجه فزون‌کنشی»، *مجله روان‌شناسی*، ش ۱۸، ص ۱۳۵-۱۱۸.

- گودرزی، م؛ نوابی‌نژاد، ش. و محسن‌زاده، ف. (۱۳۸۷)، «اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد ارتباطی ستیر بر عملکرد زوج‌های ناکارآمد»، *تحقیقات زنان*، س ۲، ش ۱، ص ۷۴-۵۷.
- لطفی کاشانی، فرح؛ مفیدی، بهرام و سرافرازمهر، سعیده (۱۳۹۲)، «اثربخشی معنویت درمانی بر اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان»، *مجله اندیشه و رفتار*، دوره ۷، ش ۲۷، ص ۳۶-۲۷.
- محرابی، ع؛ فتی، ل؛ دوازده امامی، مح. و رجب، الف. (۱۳۸۷)، «اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱»، *مجله دیابت و لیپید ایران*، س ۸، ش ۲، ص ۱۰۳-۱۱۴.
- محمدی، شهناز (۱۳۹۲)، «اثر معنویت‌درمانی بر افسردگی زنان سالمند آسایشگاه سالمندان». *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، س ۳، ش ۱۲، ص ۷۲-۸۲.
- محمدی، محمدرضا؛ اکبری، علی‌اصغر؛ حاتمی، ندا؛ مگری، آذرخش؛ کاویانی، حسین؛ سلیمانان، مریم و صحت، مجتبی (۱۳۹۰)، «بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیویدی»، *مجله پژوهشی حکیم*، دوره ۱۴، ش ۳، ص ۱۵۰-۱۴۴.
- محو شیرازی، م؛ فتحی‌آشتیانی، ع؛ رسول‌زاده طباطبایی، س ک و امینی، م. (۱۳۸۷)، «مقایسه روان‌درمانگری رفتاری شناختی با دارودرمانگری بر وضعیت روان‌شناختی و درمان افراد مبتلا به IBS»، *مجله علوم رفتاری*، س ۲، ش ۳، ص ۲۰۸-۲۰۱.
- مشکی، م؛ غفرانی‌پور، ف؛ آزادفلاح، پ. و حاجی‌زاده، الف. (۱۳۸۹)، «به‌کارگیری برنامه مشارکتی-آموزشی، براساس الگوی پرسید به منظور ارتقای احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان»، *مجله پزشکی هرمزگان*، س ۱۴، ش ۱، ص ۳۱-۲۲.
- منوچهری، ک؛ زندی‌پور، ط؛ پورشهریاری، م. و میردامادی، ر. (۱۳۸۵)، «بررسی اثربخشی مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری بر سلامت روان خانم‌های نابارور»، *پژوهش‌های مشاوره*، س ۵، ش ۲۰، ص ۲۲-۹.
- مهری‌نژاد، الف؛ منصور، م؛ اژه‌ای، ج. و کیامنش، ع. (۱۳۷۹)، «مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری‌های شناختی رفتاری و ترکیبی در دو سطح هوشی در کودکان مبتلا

- به فزون‌کنشی همراه با کمبود توجه». *مجله روان‌شناسی*، س ۴، ش ۲، ص ۱۴۷-۱۶۸.
- ناصر، الف. (۱۳۸۶)، «درمانگری افسردگی: تألیف شناخت رفتاردرمانگری گروهی، مهارت‌آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۳، ش ۱۲، ص ۳۲۳-۳۳۲.
- نریمانی، م. و روشن، ر. (۱۳۸۱). «بررسی میزان شیوع و اثربخشی درمان رفتاری شناختی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان»، *مجله روان‌شناسی*، س ۶، ش ۳، ص ۲۴۴-۲۵۴.
- نشاط‌دوست، ح.ط؛ نیلفروش‌زاده، م.ع؛ دهقانی، ف. و مولوی، ح. (۱۳۸۸)، «اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، س ۱۲، ش ۲، ص ۱۲۵-۱۳۳.
- نظری، م.ع. و نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۸۴)، «بررسی تأثیر برنامه بهبود بخشی ارتباط بر رضایت زناشویی زوجین هردو شاغل»، *پژوهش‌های مشاوره*، س ۴، ش ۱۳، ص ۳۵-۵۹.
- نویدیان، ع.؛ پهلوان‌زاده، س. و یزدانی، م. (۱۳۸۹)، «اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۶، ش ۲، ص ۹۹-۱۰۶.
- نیسی، ع. و شهنی بیلاق، م. (۱۳۸۰)، «تأثیر آموزش ابراز وجود بر ابراز وجود، عزت نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانش‌آموزان پسر مضطرب اجتماعی»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، س ۸، ش ۱، ص ۱۱-۳۰.
- نیلفروش‌شان، پ.؛ احمدی، الف.؛ عابدی، م.ر. و احمدی، م. (۱۳۸۵)، «تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر اساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور»، *خانواده‌پژوهی*، س ۲، ش ۵، ص ۲۱-۳۳.
- هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸). «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، *روان‌شناسی و دین*، س ۲، ش ۲، ص ۷۱-۱۰۴.
- یوسفی، ن.؛ اعتمادی، ع.؛ بهرامی، ف.؛ فاتحی‌زاده، م.؛ احمدی، الف.؛ ماورانی، ع.؛ عیسی‌نژاد، الف. و بطلانی، س. (۱۳۸۸)، «اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت‌درمانگری در درمان اضطراب افسردگی و پرخاشگری»، *روان‌شناسان ایرانی*، س ۵، ش ۱۹، ص ۲۵۱-۲۵۹.

- Beck, A.T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bechtoldt, H., Norcross, J.C., Wyckoff, L. A., et al. (2010), Theoretical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study. *The Clinical Psychologist*, 54(1), 3–6.
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 30– 34.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006), The empirical status of cognitivebehavioral therapy: A review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Bike, D. H., Norcross, J. C., & Schatz, D. M. (2009), Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later *Psychotherapy*.
- Chambless, D. L. (2002), Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 13–16.
- Cuijpers, P. Driessen, E. Hollon, SD. Oppen, PV. Barth, J. Andersson, G. (2012), The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32: 280- 291.
- Cooper, H. M., & Hedges, L. V. (1994), *The handbook of research synthesis*. New York, Russell Sage Foundation.
- Corsini, r., wedding, (2005), *Current psychotherapy*.
- Fenichel, O. (1945), *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York : W. W. Norton & Company Inc.
- Greenson, R. R. (1974), *The technique and practice of psychoanalysis* (vol. 1). New York: International University press.
- Goodyear, R. K., Murdock, N., Lichtenberg, J. W., et al. (2008), *Stability and change in counseling*

- psychologists' identities, roles, functions, and career satisfaction across 15 years. *The Counseling Psychologist*, 36, 220–249.
- 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.
- 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.
- McCullough, ME. Research on religion-accomodative counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1): 92-98
- 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.
- Norcross, J. C., Karpia, C. P., & Santoro, S. O. (2005), Clinical psychologists across the years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467–1483.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2010), *SYSTEMS OF PSYCHOTHERAPY: A Transtheoretical Analysis*. (7th.Edi). Brooks/Cole, Cengage Learning
- Smith, TB. Bartz, J. Richards, PS. (2007), Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(6): 643-655
- Summers, F. (2008), Theoretical insularity and the crisis of psychoanalysis.

Psychoanalytic Psychology, 25 (3), 413-424.

Veehof, MM. Ocam, MJ. Schreurs, KMG. Bohlmeijer, ET. (2011),
Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A
systematic review and meta-analysis. Pain, 152: 533-542.

voluntary sector psychodynamic counselling service. British Journal of
Medical Psychology, 73(3), 401-412.

Wilkinson, L. (1999), Statistical methods in psychology journals: Guidelines
and explanations. American Psychologist, 54, 594– 604.

Worthington , EL. Hook, JN. Davis, DE. McDaniel, MA.(2011), Religion
and spirituality. Journal of Clinical Psychology, 67(2): 204–214.

