مقاله مروری

تأثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی: مرور سیستماتیک

ناهید دهقان‌نیری[1]، مرجان مردانی‌حموله [2]، نسرین رضائی[3]

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی، یکی از اختلالات روان است و شناخت‌درمانی، یک مداخله مددجومحور برای بهبود افسردگی است. هدف از انجام این مطالعه، مرور سیستماتیک مطالعات انجام‌شده در زمینه تأثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی بود.

روش تحقیق: در این مرور سیستماتیک، جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی ارائه‌شده به زبان انگلیسی در پایگاه‌های Cochrane، Medline، Google scholar و EMBASE، در بازه زمانی سال‌های 2003- 2013 با کلیدواژه‌های «Depression» و «Cognitive therapy» انجام شد. جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی ارائه‌شده به زبان فارسی نیز در پایگاه‌های SID، Magiran و IranMedex در بازه زمانی سال‌های 1382- 1392 با کلیدواژه‌های «افسردگی» و «شناخت‌درمانی» صورت گرفت.

یافته‌ها: در مجموع، تعداد بیست مقاله تمام متن، مورد بررسی سیستماتیک نهایی قرار گرفت. پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی، نتایج نشان داد که از کلّ مطالعات، 16مطالعه، بیانگر تأثیر مثبت شناخت‌درمانی بر افسردگی بوده و تنها در چهار مطالعه، شناخت‌درمانی تأثیری بر بهبود افسردگی نداشته است. 13 مطالعه، مداخله شناخت‌درمانی را برای گروه بیماران روان‌پزشکی مبتلا به افسردگی انجام داده بودند که در نه مورد از آنها، مداخله شناخت‌درمانی منجر به کاهش افسردگی شده بود؛ همچنین یافته‌ها نشان داد، شناخت‌درمانی برای کاهش افسردگی در گروه‌های بالینی و غیربالینی سودمند بوده، اما این سودمندی در هر یک از گروه‌ها متفاوت بوده است.

نتیجه‌گیری: مطالعات مورد بررسی، در افراد مختلف، حجم نمونه کم، مداخلات شناخت‌درمانی متفاوت و بافت‌های فرهنگی گوناگون انجام شده‌اند. بر طبق یافته‌ها، مداخله شناخت‌درمانی، بر بهبود علائم افسردگی تأثیر دارد؛ در عین حال، بررسی تأثیر مداخله شناخت‌درمانی بر افسردگی، نیازمند مطالعات بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی فردی، شناخت‌درمانی گروهی، افسردگی بالینی، افسردگی غیربالینی، مرور سیستماتیک

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1393؛ 11 (4): 255-267.

دریافت: 1392/12/20 **پذیرش: 1393/12/02**

نویسنده مسئول؛ نسرین رضائی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

آدرس: زاهدان- بلوار بهشت- میدان مشاهیر- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان- دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: 09153411705 نمابر: 051- 2442481 پست الکترونیکی:nasrin_rezaee2005@yahoo.com

[1] استاد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛

[2] استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

[3] استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

افسردگی، از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که روند رو به رشد آن، مشکل اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. پیش‌بینی می‌شود تا سال 2020، افسردگی دوّمین علت ناتوانی پس از بیماری ایسکیمی قلبی باشد. درمان‌های متفاوتی مانند: دارودرمانی، رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی برای افسردگی وجود دارد. با این وجود، درمان این اختلال هنوز یک مسئله بحث‌برانگیز در حوزه بهداشت روان است (1). از آنجا که این اختلال، با توانایی ضعیف حلّ مسئله مرتبط است (2) و همچنین مشخص‌شده است که ساختار شناختی منفی، استعداد فرد به بیماری افسردگی را افزایش می‌دهد (3)، بنابراین یکی از درمان‌های رایج به‌کاررفته در این زمینه، شناخت‌درمانی است. شناخت‌درمانی، یک فرآیند درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا باورهای شخصی نادرست را که منجر به خُلق‌ها و رفتارهای معین می‌شوند، اصلاح نمایند. اصل بنیادی این درمان آن است که تفکّر، مقدم بر خلق است و هر دو، به محیط، واکنش فیزیکی و رفتار بعدی فرد وابسته‌اند. در این روش درمانی، درمانگر، مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه مانند: جزءجزءکردن مشکلات بزرگ به کوچک، گام‌های منظم‌تر و تصمیم‌گیری از راه تحلیل سودآور را به بیمار آموزش می‌دهد و از برنامه‌ریزی فعّال، خودبازبینی مهارت و تکلیف لذّت‌بخش، در شروع درمان برای کمک به بیمار و غلبه بر سکون وی و این که بیمار خود را به گونه‌ای بالقوّه در معرض تجارب پاداش‌دهنده قرار دهد، استفاده می‌شود (4)؛ همچنین شناخت‌درمانی قادر است، ساختارهای شناختی منفی را که تثبیت شده‌اند، تغییر دهد (3). هدف شناخت‌درمانی این است که توانایی‌های بیمار را برای فراهم‌کردن ارزیابی‌های واقع‌گرایانه و دقیق از موقعیت‌هایی که با آنها مواجه است، به‌کار گیرد (2).

یکی از اهداف درمان‌های شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعّال و حل مسئله در بهبود افسردگی است؛ بنابراین کسب مهارت بیماران در این دو دسته مهارت، به‌واسطه درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، منجر به کاهش افکار ناکارآمد می‌گردد (5، 6). اگرچه سال‌ها از معرفی شناخت‌درمانی می‌گذرد، اما هنوز مطالعاتی که تأثیر مداخله شناخت‌درمانی را بر افسردگی جمعیت‌های مختلف بررسی کرده‌اند، نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند؛ از جمله، برخی از این مطالعات، تأثیر مداخله مذکور را اثربخش دانسته‌اند؛ به‌طوری‌که این مداخله، بر کاهش افسردگی زنان بازمانده از خشونت شرکای جنسی (7) و نوجوانان مبتلا به بیماری فیبرومیالژی (8) مؤثّر بوده است؛ امّا در مطالعه دیگری، شناخت‌درمانی، بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیری نداشته است (9). در یک مطالعه کارآزمایی بالینی دیگر نیز که در کانادا انجام شد، گروه تجربه، تحت شناخت‌درمانی همراه با دارودرمانی و گروه کنترل، فقط تحت دارو درمانی قرار گرفتند. در پایان مداخله، میزان افسردگی هر دو گروه کاهش نشان داد (3). نتایج این مطالعه در خصوص تغییرات ایجادشده توسط شناخت‌درمانی و ماهیّت آن قابل بحث است؛ چرا که به‌نظر می‌رسد شناخت‌درمانی، عامل اصلی کاهش افسردگی در گروه تجربه نبوده است، بلکه این کاهش اثر در میزان افسردگی، بیشتر متأثّر از دارودرمانی بوده که در گروه کنترل نیز رخ داده است. مطالعه‌ای دیگر در ایالات متحده آمریکا، اثربخشی شناخت‌درمانی بر افسردگی و مهارت‌های حل مسئله را در بیماران افسرده، مورد بررسی قرار داد. گروه تجربه، تحت شناخت‌درمانی و دارودرمانی به‌صورت همزمان بودند؛ ولی گروه کنترل، تنها تحت دارودرمانی بودند. محقّقان چنین نتیجه‌گیری کردند که بهبود مهارت‌های حلّ مسئله در بیماران افسرده، به‌طور انحصاری تحت مداخله شناخت‌درمانی نبوده است (2).

با توجه به مطالعات متعدد و در برخی موارد ضد و نقیض که به آنها اشاره شد، انجام یک مرور سیستماتیک بر روی شواهد موجود برای ارائه اطلاعات به‌عنوان پایه‌ای برای تصمیم‌گیری در مورد کاربرد شناخت‌درمانی در مبتلایان به افسردگی در محیط‌های بالینی و غیربالینی، ضروری به‌نظر می‌رسید. این مرور سیستماتیک، به‌دنبال پاسخ به این سؤال انجام گرفت که آیا شناخت‌درمانی به‌تنهایی، افسردگی را کاهش می‌دهد؟ چرا که اغلب مطالعات انجام‌شده در این حوزه، مداخله شناخت‌درمانی را

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

توأم با مداخله‌ای دیگر انجام داده‌اند و در این میان، تأثیر مداخله شناخت‌درمانی به‌تنهایی بر کاهش افسردگی واضح نبوده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد، از آنجا که پژوهشگران در جوامع مختلف از رویکردهای شناخت‌درمانیِ متفاوتی ازجمله رویکردهای فردی و گروهی به‌منظور بهبود افسردگی افراد استفاده کرده‌اند و همچنین با نمونه‌های دارای ویژگی‌های متفاوت در حجم نمونه‌های مختلف و با بهره‌گیری از ابزارهای غیریکسان، به بررسی افسردگی اقدام کرده‌اند، یافته‌های متفاوتی نیز در خصوص تأثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی، گزارش داده‌اند؛ از این رو، با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی به‌روش مرور سیستماتیک انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه، یک مرور سیستماتیک بود. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلّیه مقالات کارآزمایی بالینی در خصوص تأثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی بود که از سال 2003 تا سال 2013 میلادی به چاپ رسیده بودند. معیار ورود مقالات به این مطالعه، انجام مداخله شناخت‌درمانی به‌تنهایی بر افسردگی در موارد بالینی (افراد بستری در بیمارستان) و غیربالینی (افراد غیربستری در بیمارستان) بود که در این مقالات، افسردگی افراد با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته و پرسشنامه افسردگی بک یا پرسشنامه افسردگی Hamilton تشخیص داده شده باشد. در این مطالعه به‌منظور انجام مرور سیستماتیک، از مراحل جستجو، غربالگری و ارزیابی بهره گرفته شد.

جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی ارائه‌شده به زبان انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی Cochrane، Medline، Google scholar وEMBASE، در بازه زمانی سال‌های 2003- 2013، با استفاده از کلیدواژه‌های «Depression» و «Cognitive therapy» انجام شد. جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی ارائه‌شده به زبان فارسی در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran و IranMedex در بازه زمانی سال‌های 1382- 1392، با بهره‌گیری از کلیدواژه‌های «افسردگی» و «شناخت درمانی» صورت گرفت. در پایگاه‌های انگلیسی، با درنظرگرفتن کلیدواژه‌های ذکرشده و قراردادن کلمه «AND» بین آنها، 1083 عنوان مقاله به‌دست آمد. در مرحله بعد، موارد تکراری، پس از غربالگری اولیه (بررسی عناوین) از مطالعه حذف شدند و تعداد 686مطالعه وارد مرحله غربالگری ثانویه (بررسی چکیده مقالات) شدند. معیار غربالگری در این مرحله، ارتباط با موضوع تحت مطالعه بود که در این مرحله 260مطالعه باقی ماند؛ از طرف دیگر، با خواندن کامل این چکیده‌ها مشخص شد که تعدادی از این مقالات، ملاک معتبر برای تشخیص افسردگی نمونه‌ها نداشتند؛ به این ترتیب، تعداد مطالعات به 109مقاله کاهش یافت که در جستجوی تمام‌متن این مقالات، 88 مقاله در دسترس بود. در مرحله بعد، با خواندن متن کامل 88 مقاله، آنهایی که مداخله شناخت‌درمانی را برای سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز اجرا کرده بودند و یا مداخله مذکور را به‌صورت توأم با مداخله‌ای دیگر به‌طور مثال همراه با دارودرمانی برای مبتلایان به افسردگی انجام داده بودند و همچنین مقالات تکراری، حذف گردیدند. در ادامه، تعداد 52مقاله، با اهداف پژوهش حاضر مرتبط شناخته شدند. در پایگاه‌های فارسی با جستجو در عنوان و چکیده مقالات، 76مقاله به‌دست آمد و بعد از خواندن چکیده آنها، مقالاتی که مداخله شناخت‌درمانی را انجام نداده بودند، حذف شدند و این امر سبب شد تا این تعداد مقاله به 27مورد کاهش یابد. در مرحله بعد، با خواندن متن کامل این 27مقاله، موارد تکراری و مقالاتی که مداخله شناخت‌درمانی را به‌صورت توأم با مداخله دیگری انجام داده بودند، حذف شدند و به این ترتیب تعداد 8مقاله با اهداف پژوهش حاضر هم‌راستا بودند.

به‌منظور ارزیابی کیفیّت مطالعات، از ابزار Jadad بهره گرفته شد. این ابزار، کیفیّت مقالات کارآزمایی بالینی را در قالب معیارهای تصادفی‌سازی، پیگیری، کورسازی، سوگیری و کارآزمایی‌بودن، در قالب پنج سؤال ارزیابی می‌کند که هر سؤال می‌تواند حداقل صفر و یا حداکثر یک نمره را به خود اختصاص دهد؛ به این ترتیب، دامنه کلی نمره در این ابزار بین 0-5

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

می‌باشد. چنانچه هر یک از مقالات، در نمره‌دهی توسط این ابزار، نمره 3 و یا بیشتر از آن را اخذ کند، وارد مرور سیستماتیک می‌شود (10). شایان ذکر است که کیفیّت مقالات، توسط دو نفر از اعضای گروه تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه حاضر، از 52 مطالعه انگلیسی‌زبان، تعداد 16مقاله و از میان هشت مقاله فارسی‌زبان نیز تعداد چهار مقاله، با استفاده از ابزار Jadad، نمره سه و بالاتر از آن گرفتند و وارد مرور سیستماتیک شدند؛ بنابراین در مجموع تعداد بیست مقاله تمام‌متن، مورد بررسی سیستماتیک نهایی قرار گرفت. بعد از ارزیابی کیفیّت مطالعات نیز یافته‌های هر یک از آنها مشتمل بر نوع مطالعه، نمونه‌های پژوهش، جامعه پژوهش، حجم نمونه، نوع رویکرد شناخت‌درمانی و میزان پاسخ و پیامدهای شناخت‌درمانی، در جدول ورود اطلاعات به‌عنوان ابزار گردآوری داده‌ها وارد شدند.

یافته‌ها

پس از جستجو، غربالگری و ارزیابیِ کیفیّت مطالعات، در پایان، تحلیل نهایی بر روی بیست مطالعه انجام شد. نتایج این مطالعات که در کشورهای ایالات متحده، انگلیس، ایران، نیجریه، پاکستان، استرالیا، آلمان، نیوزیلند، نروژ و سوییس انجام شدند، بیانگر آن بود که در 16مطالعه، شناخت‌درمانی بر افسردگی تأثیر مثبت داشته است و تنها چهار مطالعه از مطالعات مورد بررسی، گویای آن بودند که شناخت‌درمانی تأثیری بر بهبود افسردگی نداشته است. اغلب مطالعات یعنی 13مورد، مداخله شناخت‌درمانی را برای گروه بیماران روان‌پزشکی مبتلا به افسردگی انجام داده بودند و هفت مورد از آنها، تأثیر شناخت‌درمانی را بر افراد مبتلا به افسردگی در گروه‌های خاص مانند: دانشجویان، زنان مطلّقه، زنان باردار، مراقبان بیماران آلزایمری، بیماران کاندید جراحی عمومی، بیماران مبتلا به پارکینسون و مبتلایان به بیماری‌های انسدادی ریه، مورد مطالعه قرار داده بودند. از 13 مطالعه انجام‌شده بر روی بیماران روان‌پزشکی، در نه مطالعه، مداخله شناخت‌درمانی منجر به کاهش افسردگی آنان شده بود. در پنج مورد از مطالعات مورد بررسی، دو رویکرد از شناخت‌درمانی در مداخله برای بیماران افسرده، مورد استفاده قرار گرفته بود که یک مورد، تأثیر شناخت‌درمانی چهره به چهره و تلفنی را در کاهش افسردگی مقایسه کرده و تفاوتی بین این دو رویکرد در بهبود افسردگی را نشان نداده بود (11). در مطالعه دیگری نیز تأثیر شناخت‌درمانی چهره به چهره با شناخت‌درمانی مبتنی بر کامپیوتر، مورد مقایسه قرار گرفته بود که در این مطالعه، شناخت‌درمانی با رویکرد چهره‌به‌چهره، تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی نشان داده بود (12). در دو مطالعه متفاوت با هم، به‌طور مشابه، تأثیر دو رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر رویکرد بک و مبتنی بر رویکرد Teasdale بر کاهش افسردگی، مورد بررسی قرار گرفته بود که نتایج متفاوتی را نشان داده بودند؛ به‌طوری‌که در یک مطالعه، این مداخله، در گروه‌های تحت بررسی اثربخشی یکسانی نشان داده (13) و در مقابل در مطالعه دیگر، رویکرد شناخت‌درمانی Teasdaleاثربخش‌تر بود (14). در یک مطالعه دیگر نیز تأثیر دو رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر کامپیوتر و شناخت‌درمانی با رویکرد بک بر کاهش افسردگی، مورد مقایسه قرار گرفته که رویکرد مبتنی بر کامپیوتر، اثربخشی بهتری نشان داده بود (15). خلاصه‌ای از یافته‌های مربوط به مرور سیستماتیک در جدول یک مشاهده می‌گردد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول 1- چکیده‌ای از یافته‌های مربوط به مرور سیستماتیک

نویسنده/سال/ کشور	روش انجام	نمونه	گروه تجربه	گروه کنترل	مقیاس	نتایج	امتیاز
Geschwind و همکاران/2012/ انگلیس(17)	تصادفی با گروه کنترل، دوگروهی، یک‌سوکور، قبل و بعد	130 بیمار افسرده با سابقه 2بار یا بیشتر در عود افسردگی	64 زن و مرد، تحت 8جلسه هفتگی شناخت‌درمانی گروهی	66 زن و مرد بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی ساختاریافته	میانگین نمرات گروه تجربه در پیش‌آزمون، از 9/6 به5/9 در پس‌آزمون کاهش یافت و میانگین نمرات این افراد در6 و 12 ماه بعد به‌ترتیب: 6/5 و 5/3 بود (P>0/001). تغییر میانگین نمرات گروه کنترل معنی‌دار نبود.	3
Mohr و همکاران/2012/ ایالات متحده امریکا(11)	دوسوکور، دو گروهی (دو گروه تجربه)	325بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی	2گروه، با مداخله شناخت‌درمانی فردی- چهره‌به‌چهره (162نفر) و گروه شناخت‌درمانی فردی تلفنی (163نفر) تحت 18جلسه مداخله	خود- کنترل	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی	هر دو مداخله، منجر به کاهش معنی‌دار در افسردگی بیماران شدند. همه نمونه‌ها 6ماه بعد از مداخله،سطح پایین افسردگی خود را حفظ کرده بودند (P<0/001)؛ اما در گروه چهره‌به‌چهره، به‌طور معنی‌دارتری، سطح افسردگی پایین‌تر آمد.	3
Kay-Lambkin و همکاران/2011/ استرالیا(12)	تصادفی کنترل‌دار، سه‌گروهی، دوسوکور	274 بیمار زن و مرد بالغ	دو گروه شناخت‌درمانی فردی- چهره‌به‌چهره (89نفر) و شناخت‌درمانی فردی با کمک کامپیوتر(97نفر) تحت 9جلسه مداخله	88نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	شناخت‌درمانی چهره‌به‌چهره، هم در خط پایه و هم در 3ماه بعد از مداخله، میزان افسردگی را کم نمود (P=0/02).	4
صادقی و همکاران/1389/ ایران(23)	تصادفی کنترل‌دار، دوگروهی، قبل و بعد	60 نفر زن مطلقه	30نفر، تحت شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌مدت 8جلسه	30نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	تفاوت معنی‌دار آماری بین گروه‌ها بعد از مداخله با پیگیری 3ماهه دیده شد (P=0/001) و میزان افسردگی گروه تجربه در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشت.	3

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول یک

نویسنده/سال/ کشور	روش انجام	نمونه	گروه تجربه	گروه کنترل	مقیاس	نتایج	امتیاز
ابوالقاسمی و همکاران/1387/ ایران(13)	تصادفی با دو گروه تجربه، قبل و بعد	30نفر بیمار زن و مرد مبتلا به افسردگی	دو گروه هریک 15نفر، تحت شناخت‌درمانی گروهی به روش بک و Teasdale	خود کنترل	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش داشت. هر دو روش شناخت‌درمانی در کاهش میزان افسردگی مؤثّر بودند (P<0/05).	3
رجبی و همکاران/1389/ ایران(4)	تصادفی کنترل‌دار، دوگروهی، قبل و بعد	40نفر بیمار زن و مرد افسرده	10زن و 10مرد تحت شناخت‌درمانی فردی، طی 8 جلسه	20نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	شناخت‌درمانی فردی منجر به کاهش میزان افسردگی گروه تجربه شد (P<0/05).	3
Bostanov و همکاران/2012/ آلمان(19)	تصادفی‌شده، قبل و بعد، یک‌سوکور	91نفر بیمار زن و مرد افسرده	45نفر، تحت مداخله شناخت‌درمانی گروهی به‌مدّت 8جلسه	46نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	بعد از مداخله، میزان افسردگی گروه تجربه به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کمتر شد (P<0/05).	4
Dobkin و همکاران/2011/ ایالات‌متحده امریکا(26)	تصادفی کنترل‌دار، دوگروهی، یک‌سوکور	80نفر بیمار افسرده پارکینسونی	41 نفر تحت 10جلسه شناخت‌درمانی فردی	39 بیمار افسرده پارکینسونی با درمان‌های معمول	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	میزان افسردگی در پایان مداخله و یک‌ماه بعد از آن، در گروه تجربه کاهش یافت (P<0/05).	4
Wright و همکاران/2005/ ایالات متحده امریکا(15)	تصادفی کنترل‌دار، سه‌گروهی، قبل و بعد، دوسوکور	45نفر زن و مرد افسرده	دو گروه، هر کدام 15نفر تحت شناخت‌درمانی گروهی بک و شناخت‌درمانی گروهی با کمک کامپیوتر، با 9جلسه مداخله	15نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی	3 و 6ماه بعد از مداخله، گروه شناخت‌درمانی با کمک کامپیوتر، افسردگی کمتری در مقایسه با گروه بک نشان دادند. گروه‌های تجربه نسبت به گروه کنترل، سطح افسردگی پایین‌تری داشتند (P<0/05)	4

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول یک

نویسنده/سال/ کشور	روش انجام	نمونه	گروه تجربه	گروه کنترل	مقیاس	نتایج	امتیاز
Osinowo و همکاران/2003/ نیجریه(27)	تصادفی‌شده، دوگروهی، قبل و بعد، یک‌سوکور	33بیمار زن و مرد مبتلا به افسردگی کاندید عمل جراحی عمومی	18نفر تحت 8جلسه شناخت‌درمانی فردی	15نفر بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی	افسردگی بیماران بعد از مداخله کاهش نشان داد. در 2ماه بعد نیز این میزان همچنان در سطح پایین حفظ شده بود (P<0/05)	3
Smits و همکاران/2012/ ایالات متحده(18)	دوگروهی، قبل و بعد، یک‌سوکور	523نفر بیمار زن و مرد افسرده مضطرب و غیرمضطرب	دو گروه شامل بیماران افسرده مضطرب و بیماران افسرده غیرمضطرب، تحت 8جلسه شناخت‌درمانی گروهی	نداشت	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی	بیماران افسرده مضطرب در مقایسه با غیرمضطرب‌ها، علائم افسردگی کمتری بعد از مداخله نشان دادند (P<0/03)	3
Rahman و همکاران/2008/ پاکستان(24)	دوگروهی	903مادر با تشخیص افسردگی دوران بارداری	463 مادر در سه‌ماهه سوم بارداری، تحت مداخله شناخت‌درمانی گروهی طی 4جلسه	440مادر تحت مراقبت معمول	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی	مادران گروه تجربه، نمره افسردگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند (P<0/001).	4
Luty و همکاران /2007/ نیوزیلند(22)	دوگروهی، تصادفی‌شده	177 زن و مرد بیمار افسرده	86بیمار تحت شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌روش بک، طی 4 جلسه	91 نفر تحت درمان معمول	پرسشنامه افسردگی Hamilton و مصاحبه بالینی ساختارمند	مداخله منجر به کاهش افسردگی نشد.	3
Proudfoot و همکاران/2004/ انگلیس(16)	تصادفی‌شده، دوگروهی	274 زن و مرد بیمار افسرده	146بیمار تحت شناخت‌درمانی گروهی با کامپیوتر، طی 8جلسه	128 بیمار تحت درمان معمول	پرسشنامه بک و مصاحبه بالینی ساختارمند	شناخت درمانی با کامپیوتر سبب بهبود افسردگی شد (P=0/006).	3

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول یک

نویسنده/سال/ کشور	روش انجام	نمونه	گروه تجربه	گروه کنترل	مقیاس	نتایج	امتیاز
Ellis و همکاران/2011/ استرالیا(29)	تصادفی‌شده، دوگروهی، قبل و بعد	39دانشجوی زن و مرد	13نفر تحت روش شناخت‌درمانی فردی مبتنی بر کامپیوتر طی 8جلسه	14 نفر تحت درمان معمول	پرسشنامه بک و مصاحبه بالینی ساختارمند	مداخله منجر به کاهش افسردگی نشد و اختلاف معنی‌داری در کاهش افسردگی در دو گروه دیده نشد.	4
Norouzi وهمکاران/2012/ ایران(25)	تصادفی‌شده، دوگروهی	20زن مراقب بیمار آلزایمر مبتلا به افسردگی	10نفر تحت 8جلسه شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی	10 نفر، بدون مداخله	پرسشنامه افسردگی Hamilton	مداخله بر کاهش افسردگی تأیر داشت (P<0/001).	3
Britton و همکاران/2010/ ایالات متحده امریکا(21)	تصادفی‌سازی، دوگروهی	26زن مبتلا به افسردگی باقیمانده	14نفر تحت 8هفته شناخت‌درمانی فردی مبتنی بر ذهن آگاهی.	12نفر	مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی Hamilton	شناخت‌درمانی، منجر به کاهش افسردگی در گروه تجربه نشد. نمره افسردگی بک پس از مداخله در گروه کنترل کمتر بود ولی این کاهش نمره، معنی‌دار نبود.	4
Bondolfi و همکاران/2010/ سوئیس(5)	تصادفی‌شده، دوگروهی	60بیمار زن و مرد در دوره بهبودی افسردگی	31بیمار تحت شناخت‌درمانی فردی طی 8جلسه	29بیمار افسرده تحت درمان معمول	مصاحبه بالینی، پرسشنامه افسردگی Montgomery	مداخله، سبب کاهش افسردگی در گروه تجربه نشد. در هر دو گروه عود افسردگی مشابه بود، اما ارتباط معنی‌داری بین دو گروه به‌دست نیامد.	3
Hynninen و همکاران/2010/ نروژ(28)	تصادفی‌شده، دوگروهی	51 زن و مرد افسرده مبتلا به اختلالات انسدادی ریه	25نفر تحت شناخت‌درمانی فردی	26نفر تحت درمان معمول	پرسشنامه افسردگی بک	شناخت‌درمانی، سبب بهبود علائم افسردگی شد و اختلاف معنی‌داری در دو گروه وجود داشت (P<0/0001).	3
حمیدپور و همکاران/1384/ ایران (14)	دوگروهی	6بیمار افسرده زن و مرد	6 بیمار تحت شناخت‌درمانی فردی Teasdale و Beck	بدون کنترل	مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی بک	شناخت‌درمانی Teasdale بیش از شناخت‌درمانی بک در کاهش علائم افسردگی مؤثّر بود (P<0/001).	3

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

بحث

در این مطالعه، بیست مطالعه کارآزمایی بالینی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در مطالعات انجام‌شده بر روی بیماران روان‌پزشکی، مداخله شناخت‌درمانی سبب بهبود افسردگی شده است. در سایر مطالعات نیز که بر روی گروه‌های متفاوتی انجام شده‌اند، مداخله مذکور سبب بهبود افسردگی شده است؛ اما این مطالعات، بسیار محدود بوده‌اند. بر طبق یافته‌های مطالعه، شناخت‌درمانی، بر کاهش افسردگی بیماران روان‌پزشکی تأثیر داشته است؛ به‌طوری‌که در مطالعات انجام‌شده در کشورهای انگلیس، ایالات متحده، استرالیا، آلمان و ایران (4، 11-19)، این یافته مورد تأیید قرار گرفته است. در راستای تأیید یافته‌های این بخش از مطالعه، نتایج مطالعه‌ای که با استفاده از روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی 25بیمار افسرده با پیگیری دوساله انجام شده، نشان داده است که این درمان نه‌تنها در کاهش افسردگی، بلکه در جلوگیری از عود افسردگی نیز مؤثّر بوده است (20). یافته‌های مطالعه دیگری نیز نشان داده است که استفاده از شناخت‌درمانی، به‌طور معنی‌داری، میزان عود بیماری را کاهش می‌دهد (6). در واقع، هدف شناخت‌درمانی، رفع دوره‌های افسردگی و پیشگیری از عود آنها از طریق شناسایی شناخت‌های منفی، ایجاد روش‌های اندیشیدنِ متفاوت، انعطاف‌پذیر، مثبت و نیز تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری در گذر زمان است (7)؛ زیرا افسردگی، یک پدیده گذرا نیست و چنانچه عوامل زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش آن، بدون مداخله باقی بمانند، تمایل به تداوم داشته و نتایج پایدار و مخرّب را بر جا می‌گذارند (3). در مقابل، یافته‌های تعدادی از مطالعات که در کشورهای ایالات متحده و نیوزیلند انجام شده، نشان داده‌اند که مداخله شناخت‌درمانی، تأثیری در کاهش افسردگی نداشته است (21، 22). این گوناگونی در نتایجِ حاصل از مداخله را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد؛ از جمله آنکه اگرچه همه مطالعات مورد بررسی برای تعیین افسردگی نمونه‌ها در مرحله قبل از مداخله، از مصاحبه بالینی بهره گرفته‌اند، اما ابزار سنجش افسردگی در آنها یکسان نبوده است؛ همچنین تعداد نمونه‌ها در گروه‌های تجربه و کنترل، در مطالعات مختلف، از نظر جنس و تعداد متفاوت بوده‌اند؛ از سوی دیگر، مداخلاتی که به‌منظور بهبود افسردگی انجام شده‌اند، از رویکردهای مختلف شناخت‌درمانی شامل: شناخت‌درمانی فردی و گروهی استفاده کرده‌اند که این رویکردها نیز در مطالعات مختلف، دارای تعداد جلسات متفاوت در مدّت‌زمان برگزاریِ متفاوتی بوده‌اند. افزون بر این موارد، اختلاف در نتایج به‌دست‌آمده، می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند: مؤلّفه‌های فرهنگی در جوامع مختلف قرار گرفته باشد؛ زیرا مطالعات تحت بررسی، از گوناگونی فرهنگی برخوردار بوده‌اند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد، در مطالعاتی که مداخله شناخت‌درمانی، با دو رویکرد برای بیماران افسرده اجرا شده است، برخلاف آنکه تأثیر مثبتی بر درمان افسردگی مشاهده شده، اما نتایج متفاوتی در هر دو رویکرد به‌دست آمده است (11-15). این نتایج ضمن آنکه گستردگی رویکردهای شناخت‌درمانی را نشان می‌دهد، در عین حال، از آنجا که یافته‌های متفاوتی را در به‌کارگیری هر یک از این رویکردها در کاهش افسردگی به نمایش می‌گذارد، ضروری می‌نماید که مطالعات بیشتری برای مقایسه نتایج رویکردهای متفاوت شناخت‌درمانی در بهبود افسردگی بیماران روان‌پزشکی انجام شود.

در مرور سیستماتیک حاضر، هفت مطالعه بر روی گروه‌هایی به‌جز بیماران افسرده روان‌پزشکی انجام شده‌اند که مطابق مرور انجام‌شده، هر یک از هفت مطالعه، گروه خاصی را مورد بررسی قرار داده بودند. از این تعداد، سه مطالعه فقط بر روی زنان انجام شده بود که در یک مورد، مداخله شناخت‌درمانی بر روی افسردگی زنان مطلّقه، در مطالعه دیگر این مداخله بر روی افسردگی دوران بارداری و در مطالعه‌ای دیگر نیز مداخله شناخت‌درمانی بر روی زنان مبتلا به آلزایمر انجام شده بود (23-25). مرور سیستماتیک حاضر نشان داد که با وجود آنکه شیوع بیماری افسردگی در جنس زن بیشتر گزارش شده است (25)، ولی تاکنون مداخلات شناخت‌درمانی اندکی برای این قشر آسیب‌پذیر انجام شده که آن هم به‌طور موردی انجام شده است. اهمیّت مداخله شناخت‌درمانی در بهبود افسردگی زنان به‌طور

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

اختصاصی در دو مطالعه دیگر نیز مورد تأیید قرار گرفته است؛ به‌طوری‌که در یک مطالعه، تأثیر شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر اراک مورد بررسی قرار گرفته که بر طبق نتایج آن، میانگین نمره افسردگی گروه تجربه، قبل و بعد درمان، دارای تفاوت معنی‌داری بوده است و شناخت‌درمانی، کاهش معنی‌داری را در نمره افسردگی گروه تجربه ایجاد کرده است (9). در یک مطالعه دیگر نیز در ایالت بوستون امریکا، اثر شناخت‌درمانی بر افسردگی ناشی از اختلال استرس بعد از سانحه در زنان بازمانده از خشونت شرکای جنسی آنان، مورد بررسی قرار گرفته که مطابق نتایج آن، تحت شناخت‌درمانی، از میزان افسردگی زنان در بعد از مداخله کاسته شده است (7)؛ بنابراین با توجه به اهمیّت موضوع و نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه و سایر مطالعات ذکرشده، لازم است مداخلات شناخت‌درمانی بیشتر و با رویکردهای متنوّع در گروه‌های مختلف زنان جامعه انجام شود. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، تنها در یک مطالعه، مداخله شناخت‌درمانی بر روی بیماران زن افسرده انجام گرفته بود (21) که این امر نیز گویای آن است که مداخله شناخت‌درمانی، به‌طور انحصاری برای بیماران زن افسرده، با کاستی مواجه است. با توجه به اینکه تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها، شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است (24)، اهمیت این توجیه دوچندان می‌نماید.

سایر یافته‌ها نشان داد، در سه مطالعه دیگر که مداخله شناخت‌درمانی، برای کاهش افسردگی بیماران جسمی مشتمل بر بیماران مبتلا به پارکینسون، بیماران کاندید جراحی عمومی و مبتلایان به بیماری‌های انسدادی ریه انجام شده، نتایج هر سه مطالعه بیانگر تأثیر مداخله شناخت‌درمانی بر کاهش افسردگی این گروه از بیماران بوده است (26-28). در تأیید یافته‌های این بخش از مطالعه، مطالعه‌ای که میزان اثربخشی درمان شناختی به شیوه گروهی را بر کاهش افسردگی بیماران دچار کمردرد مزمن در شهر تهران مورد بررسی قرار داده، بیانگر اثربخشی درمان شناختی به شیوه گروهی در بهبود افسردگی آنان بوده است (5)؛ علاوه بر آن، رجبی و همکاران در شهر اهواز، تأثیر مثبت شناخت‌درمانی فردی را بر درمان افسردگی در گروه بیماران افسرده غیرروان‌پزشکی، مورد تأکید قرار داده‌اند (4).

از سوی دیگر، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد، علی‌رغم اینکه مداخله شناخت‌درمانی، بر بهبود افسردگی بیماران جسمی مؤثر بوده است، اما این مطالعات، اندک می‌باشند و از پراکندگی لازم در گروه‌های مختلف بیماران جسمی از جمله سایر مبتلایان به بیماران مزمن برخوردار نیستند؛ زیرا ممکن است با انجام مداخله شناخت‌درمانی برای دیگر بیماران، نتایج متفاوتی به‌دست آید. یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه در خصوص انجام مداخله شناخت‌درمانی بر روی افسردگی گروه‌های غیربیمار روان‌پزشکی، اجرای مداخله برای دانشجویان بوده است (29). نتایج مطالعه مذکور نشان داد که شناخت‌درمانی، تأثیری بر کاهش افسردگی دانشجویان نداشته است. با توجه به آنکه اکثر مطالعات مورد بررسی در مطالعه حاضر نشان داد که مداخلات شناخت‌درمانی، در کاهش میزان افسردگی مؤثر می‌باشند، ضروری است مطالعات بیشتری در این حوزه انجام شود تا بتوان به نتایج قابل بحثی در این زمینه دست یافت. در مرور سیستماتیک حاضر، مطالعه‌ای مبنی بر تأثیر مداخله شناخت‌درمانی بر سن خاصی مانند: نوجوانی یا سالمندی به‌دست نیامد؛ این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد، مداخله مذکور می‌تواند بر بهبود اختلال افسردگی مؤثّر باشد؛ به گونه‌ای که در یک مطالعه که در ایالت اوهایوی امریکا انجام شده، اثربخشی شناخت‌درمانی بر علایم افسردگی نوجوانان، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن نشان داده که شناخت‌درمانی، در کاهش علائم افسردگی مؤثّر بوده است (8). همچنین نتایج مطالعه‌ای که در کانادا انجام شد، بیانگر آن بود که برنامه شناخت‌درمانی، برای کاهش افسردگی افراد مقیم خانه‌های سالمندان سودمند می‌باشد (6)؛ بنابراین این امر تأییدی بر آن است که انجام مداخلات شناخت‌درمانی برای بهبود افسردگی در گروه‌های سنّی خاص، با کاستی مواجه می‌باشد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است؛ از جمله،

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

عدم امکان استفاده از مقالات تمام متنی که به زبان غیرانگلیسی در دسترس بوده‌اند که ممکن است سبب پدیدارشدن تصویر ناکامل از موضوع مورد بررسی شده باشد.

نتیجه‌گیری

در نهایت مشاهده شد که بیشتر مقالات، بر تأثیر مداخله شناخت‌درمانی بر افسردگیِ افراد، صحّه گذاشته‌اند؛ هرچند برخی از مطالعات، گویای عدم تأثیر مداخله مذکور بوده‌اند. این موضوع لزوم توجه بیشتر بر مطالعات انجام‌شده پیرامون تأثیر مداخله شناخت‌درمانی بر افسردگی را مورد تأکید قرار می‌دهد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. پژوهشگران، مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور اعلام می‌دارند.

REFERENCES

1- Oei TPS,Bullbeck K,Campbell JM.Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression. J Affect Disord.2006;92(2&3):231- 41.

2- Klein DN, Leon AC, Li C, D'Zurilla TJ, Black SR, Vivian D, et al. Social problem solving and depressive symptoms over time: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, brief supportive psychotherapy, and pharmacotherapy. J Consult Clin Psychol.2011;79(3):342-52.

3- Dozois DJ, Bieling PJ, Patelis-Siotis I, Hoar L, Chudzik S, McCabe K,et al. Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol.2009;77(6):1078-88.

4- Rajabi Gh, Karjo Kasmai S, Jabari H, Alibazi H. A Study of Impact of Cognitive Therapy on Decreasing Depression, and Increasing Marital Satisfaction. Journal of Psychological Models and Methods.2011;1(2):45-65. [Persian].

5- Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system.J Affect Disord. 2010;122(3):224-31.

6- Konnert C, Dobson K, Stelmach L.The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. Aging Ment Health.2009;13(2):288-99.

7- Iverson KM, Gradus JL, Resick PA, Suvak MK, Smith KF, Monson CM. Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. J Consult Clin Psychol.2011;79(2):193-202.

8- Kashikar-Zuck S, Ting TV, Arnold LM, Bean J, Powers SW, Graham TB,et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: a multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. Arthritis Rheum.2012;64(1):297-305.

9- Quesnel C,Savard G,Simard S,Ivers H,Morin CM.Efficacy of cognitive- behavioral therapy for insomnia in women treated for non metastasis breast cancer. J Consult Clin Psychol.2003;71(1):189-200.

10- Jadad AR, Moore RA,Carroll D,Jenkinson C,Reynolds DJ,Gavaghan DJ, et al.Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? . controlled clinical. 1996;17(1):1-12.

11- Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Reifler D, Sokol L, Burns MN, et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. JAMA. 2012 ;307(21):2278-85.

12- Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Kelly B, Lewin TJ. Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled trial. Med J Aust. 2011;195(3):S44-50.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

13-Abolghasemi A, Gholami H,Narimani M, Ganji M. Efficacy of Beck Cognitive Therapy and Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduction of Depressive Symptoms and Modification of Meta-Cognitive Beliefs in Dysthymic Patients. Psychological Research.2008;11(1&2):11-26. [Persian].

14- Hamidpour H, Sahebi A, Tabatabai SM. Efficacy and effectiveness of Beck's with Teasdale's cognitive herapies in treatment of dysthymia. Iraninan journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2005;11(2):150-63. [Persian].

15- Wright JH, Wright AS, Albano AM, Basco MR, Goldsmith LJ, Raffield T,et al. Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry. 2005;162(6):1158-64.

16- Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al.Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial.Br J Psychiatry. 2004 ;185:46-54.

17- Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2012;201(4):320-5

18- Smits JA, Minhajuddin A, Thase ME, Jarrett RB. Outcomes of acute phase cognitive therapy in outpatients with anxious versus nonanxious depression. Psychother Psychosom. 2012;81(3):153-60.

19- Bostanov V, Keune PM, Kotchoubey B, Hautzinger M. Event-related brain potentials reflect increased concentration ability after mindfulness-based cognitive therapy for depression: a randomized clinical trial. Psychiatry Res. 2012;199(3):174-80.

20- Michalak J. Heidenreich T. Meibert P. Schulte D. mindfulness predicts relapse/ recurrence in major depressive disorder after mindfulness- Based Cognitive therapy. J Nerv Men Dis. 2008; 196(8):630-3.

21- Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression. Psychosom Med. 2010; 72(6):539-48.

22- Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression.Br J Psychiatry. 2007;190:496-502.

23- Sadeghi S, Sohrabi F , Delavar A, Borjaali A, Ghassemi Gh. Combined Effect of Anti Depressant and Mindfulness based Group Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Well Being of Divorced Women. Jornal Of Isfahan Medical School.2010;28(112):681-98. [Persian].

24- Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;372(9642):902-9.

25- Norouzi M, GolzariM , Sohrabi F. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Depression and Burden of Demented Women Caregivers. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2014; 16(9): 5-11.

26- Dobkin RD, Menza M, Allen LA, Gara MA, Mark MH, Tiu J, et al. Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized, controlled trial.Am J Psychiatry. 2011 ;168(10):1066-74.

27- Osinowo HO, Olley BO, Adejumo AO. Evaluation of the effect of cognitive therapy on perioperative anxiety and depression among Nigerian surgical patients.West Afr J Med. 2003;22(4):338-42.

28- Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Bakke PS, Nordhus IH. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD.Respir Med. 2010;104(7):986-94.

29- Ellis LA, Campbell AJ, Sethi S, O'Dea BM. Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. J Cyber Ther Rehabil. 2011;4(4):461–7.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Review Article*

The effect of cognitive therapy on depression: a systematic review

N. Dehghan Nayeri[1], M. Mardani Hamooleh[2], N. Rezaee[3]

Background and Aim: Depression is a mental disorder, and cognitive therapy is a client-centered approach to relieve depression. This study was performed with the aim to systematically review the studies which have focused on the effect of cognitive therapy on depression.

Materials and Methods: In this systematic review, electronic searching was conducted in Cochrane, Medline, Google scholar, and EMBASE databases for clinical trials written in English from 2003 to 2013 using the keywords "cognitive therapy" and "depression" in the title and abstract of articles. The same was performed in SID, Magiran, and IranMedex databases during the same time-span for Persian papers.

Results: In total, 20 full-text articles were subjected to final review. After searching, screening and evaluation, the final results showed that from the studies, 16 had reported positive effects of cognitive therapy on depression, and only 4 researches had indicated no effect on the improvement of depression. In 13 studies, cognitive therapy was used as an intervention for depression in 9 cases of which the intervention led to a decline in depression. Also, findings indicated that cognitive therapy is useful for reducing depression in both clinical and nonclinical groups, although the usefulness was different in each group.

Conclusion: The studies covered here were conducted in small sample sizes with different cognitive therapy interventions and different cultural contexts. According to the findings, cognitive therapy was effective on symptoms of depression. Further studies, however, are needed in order to reach firmer conclusions about the effect of cognitive therapy on depression.

Key Words: Individual cognitive therapy, Group cognitive therapy, Clinical depression, Non-clinical depression, Systematic review

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2015; 11 (4): 255-267.

Received: March 11, 2014 ***Accepted: February 21, 2015***

Corresponding Author; Nasrin Rezaee, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran nasrin_rezaee2005@yahoo.com

[1] *Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*

[2] *Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*;

[3] *Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]