

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان

دکتر محمد حسینی بهشتیان^۱

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۸/۲۱

چکیده

هدف: هدف این تحقیق مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین و درمان شناختی رفتاری حضوری فردی بر میزان افسردگی دانشجویان بود. مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان افسرده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تهران بود. نمونه شامل ۲۴ دانشجوی افسرده بود که به تصادف از بین مراجعان افسرده مرکز مشاوره دانشگاه تهران انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به تصادف به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند. پس از اجرای آزمون افسردگی بک (۲۱ سوالی) برای همه آزمودنی‌ها، برای اعضای گروه اول درمان شناختی رفتار اینترنتی آفلاین و برای اعضای گروه دوم درمان شناختی رفتاری فردی اجرا شد. پس از اتمام درمان و نیز پس از گذشت ۶ ماه آزمون افسردگی بک برای هر دو گروه اجرا شد.

۱. عضو هیئت علمی پژوهشگاه علوم انسانی ایران

یافته‌ها: نتایج با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین اثربخشی این دو روش درمانی پس از اتمام دوره درمان تفاوت وجود دارد اما پس از گذشت ۶ ماه تفاوتی بین اثربخشی این دو روش دیده نشد. نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق مشخص می‌شود که در درازمدت درمان شناختی رفتاری آفلاین می‌تواند به اندازه درمان حضوری انفرادی موثر باشد. کلید واژه‌ها: اینترنت درمانی آفلاین، درمان شناختی رفتاری، افسردگی، دانشجویان

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی است. میزان شیوع این بیماری برای همه عمر در مردان حدود ۱۵٪ و در زنان حدود ۲۵٪ است (کاپلان^۱ و سادوک^۲) ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). یکی از روش‌های درمانی که در تحقیقات متعدد اثربخشی آن تایید شده است درمان شناختی رفتاری است (کوجپر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰)، اما تعداد کمی از مبتلایان به این اختلال می‌توانند از این درمان بهره‌مند شوند. چون اولاً تعداد درمان‌گران کافی نیست (سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، ۱۳۸۷). ثانياً پرداخت هزینه روان درمانی برای بسیاری از افراد مشکل است. ثالثاً بسیاری از افراد به خاطر شرایط جغرافیایی دسترسی به درمان‌گر ندارند و رابعاً بسیاری از بیماران افسرده برای درمان خود اقدامی نمی‌کنند (نایس^۴، ۲۰۰۴).

یکی از راه‌کارهایی که می‌تواند تا حدی این مشکلات را حل کند استفاده از درمان‌های خودیاری^۵ است (واتکینز^۶ و کلام^۷، ۲۰۰۸). درمان خودیاری عبارت است از استفاده از کتاب،

1. Kaplan
2. Sadock
3. Cujper
4. Nice
5. self-help therapy
6. Watkins
7. Clum

کامپیوتر^۱، اینترنت^۲، نوارهای صوتی^۳ و یا برنامه‌های ویدیویی^۴ توسط خود بیمار برای فهم و حل مشکلش (مارس^۵، ۲۰۰۴). اینترنت درمانی یکی از روش‌های درمان خودیاری است که در سال‌های اخیر گسترش زیادی پیدا کرده به این دلیل که اینترنت شرایطی را فراهم کرده که دو نفر در هر جایی که باشند می‌توانند با هم ارتباط داشته باشند (لهان، ۲۰۰۵). اینترنت درمانی به سه شیوه ارتباط آنلاین، ارتباط آفلاین و بدون ارتباط با درمانگر انجام می‌شود. به دلیل آنکه اجرای اینترنت درمانی آفلاین نیاز به امکانات کمی دارد و اجرای آن ساده‌تر از درمان اینترنتی آنلاین است، اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است (کراس، زاک و استیکر^۶، ۲۰۰۸). و به دنبال گسترش این روش درمانی، برخی از محققان اقدام به مقایسه اثربخشی درمان اینترنتی آفلاین با درمان‌های سنتی حضوری کرده‌اند. از جمله مکینون^۷ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی اقدام به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری اینترنتی آفلاین و مطالعه یک وب سایت حاوی اطلاعاتی درباره درمان افسردگی بر اساس دیدگاه شناختی- رفتاری کردند. در این تحقیق ۳۰۰ نفر شرکت داشتند که به سه گروه درمان شناختی- رفتاری اینترنتی با نظارت درمان‌گر، مطالعه وب سایت حاوی اطلاعات درباره افسردگی و گروه کنترل تقسیم شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش باعث کاهش معنی‌دار افسردگی می‌شود. اما در پی‌گیری ۶ ماهه و ۱ ساله بهبودی گروهی که درمان شناختی- رفتاری اینترنتی با نظارت درمان‌گر دریافت کرده بودند تداوم داشت، اما برای گروهی که وب سایت اطلاعاتی را مطالعه کرده بودند، افسردگی عود کرده بود.

1. Computer
2. internet
3. Audio tape
4. video tape
5. Marrs
6. Kraus, Zack & Sticker
7. Makinon

همچنین سلمی^۱ و همکاران (۱۹۹۹) نیز در تحقیق دیگری اقدام به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین در درمان افسردگی کردند. آزمودنی‌ها بصورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کرده بودند و به سه گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی، درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین و گروه کنترل تقسیم شده بودند. گروه اول ۶ جلسه درمان گروهی دریافت کردند و اعضای گروه دوم ۶ جلسه درمان شناختی - رفتاری اینترنتی دریافت کردند. نتایج نشان داد که افسردگی هر دو گروه درمانی شناختی - رفتاری گروهی و شناختی - رفتاری اینترنتی بهبود معنی‌داری پیدا کرده است. اما تفاوت معنی‌داری بین این دو درمان دیده نشد. در پی‌گیری دو ماهه نیز مشخص شد که اثرات درمانی تداوم دارد.

از سوی دیگر پرادفوت^۲ و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی اقدام به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری اینترنتی بر کاهش افسردگی و اضطراب کردند. در این تحقیق ۲۷۴ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی یا اضطراب شرکت داشتند. آزمودنی‌ها بصورت تصادفی به ۲ گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین تقسیم شدند. نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین باعث بهبود معنی‌دار افسردگی، کاهش افکار منفی و افزایش سازگاری شغلی و اجتماعی آزمودنی‌ها می‌شود. همچنین تفاوت معنی‌داری بین درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین و درمان شناختی - رفتاری حضوری دیده نشد. در پی‌گیری ۶ ماهه مشخص شد که اثرات درمانی تداوم داشته است.

در تحقیقات انجام شده قبلی اثربخشی اینترنت درمانی شناختی رفتاری آفلاین در درمان افسردگی مورد تایید قرار گرفته است (بهشتیان، ۱۳۸۸). همچنین همانطور که ذکر شد تحقیقاتی در زمینه مقایسه اثربخشی اینترنت درمانی آفلاین و درمان گروهی انجام شده است اما تا کنون تحقیقی که اقدام به مقایسه اثربخشی اینترنت درمانی و درمان انفرادی کرده باشد انجام

1. Selmi

2. proudfoot

نشده است، بنابراین پژوهش حاضر به بررسی این سوال پرداخت که آیا تفاوتی بین اثربخشی درمان اینترنتی آفلاین و درمان انفرادی وجود دارد؟ و بر همین اساس دو فرضیه زیر تدوین شد. فرضیه ۱- بین میزان کاهش افسردگی دانشجویانی که در معرض روش درمانی شناختی رفتاری انفرادی قرار می‌گیرند با دانشجویانی که در معرض روش درمانی شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین قرار می‌گیرند، تفاوت وجود دارد.

فرضیه ۲- پس از گذشت ۶ ماه، بین میزان اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری انفرادی و شناختی - رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان، تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

طرح تحقیق حاضر به صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پی‌گیری و با ۲ گروه اجرا شد.

جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تهران بود.

برای تعیین نمونه ابتدا برای کسانی که تمایل به شرکت در این دوره درمانی را داشتند پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه به منظور غربالگری اجرا شد و کسانی که نمره بالای ۸ گرفته بودند (یعنی افسردگی متوسط به بالا داشتند) انتخاب شده و مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱ توسط روانپزشک برای آنها اجرا شد. تعداد ۳۰ نفر از این افراد افسرده تشخیص داده شدند که از این ۳۰ نفر ۲۴ نفر به تصادف انتخاب شده و به ۲ گروه ۲۴ نفری تقسیم شدند.

1. SCID

فرایند اجرای تحقیق

پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تعیین گروه‌ها ابتدا، آزمون افسردگی بک (۲۱ سوالی) برای اعضای هر دو گروه اجرا شد.

برای اعضای گروه اول درمان شناختی - رفتاری به صورت انفرادی به مدت ۱۲ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. عناوین هر یک از جلسات درمانی عبارت بودند از: آموزش ارتباط بین احساس و فکر، آموزش مفهوم افکار خودکار منفی، روش‌های یافتن افکار خودکار منفی، آموزش خطاهای شناختی، روش‌های یافتن خطاهای شناختی، آموزش روش‌های مقابله با افکار منفی و خطاهای شناختی، معرفی جدول تغییر احساس، آموزش باورهای مرکزی، روش‌های یافتن و تغییر باورهای مرکزی، آموزش روش‌های فعال‌سازی خود، بازنگری فعالیت‌ها و تکلیف مرحله به مرحله

برای اعضای گروه دوم درمان شناختی - رفتاری اینترنتی آف لاین با مشخصات زیر اجرا شد: آزمودنی‌ها به سایت www.beheshtiyani.ir مراجعه کرده و با استفاده از نام کاربری و رمز عبوری که قبلاً به آن‌ها داده شده بود، وارد بخش مشاوره سایت می‌شدند. در بخش مشاوره سایت، ۱۲ مجموعه آموزشی قرار داده شده بود (این ۱۲ مجموعه آموزشی به صورت کتابی با عنوان غلبه بر افسردگی چاپ شده است). هر هفته دو مجموعه آموزشی روی سایت قرار داده می‌شد. هر مجموعه شامل مطالب آموزشی و تمریناتی بود که آزمودنی باید مطالب آن را مطالعه می‌کرد و تمرینات را انجام داده و نتایج آن را برای درمانگر از طریق سایت ارسال می‌نمود (در سایت بخشی برای ارسال تمرینات تعیین شده بود). پس از بررسی تمرینات نتیجه آن از طریق ایمیل به اطلاع آزمودنی‌ها می‌رسید. همچنین، اگر آزمودنی‌ها در مطالعه مطالب مجموعه‌های آموزشی و یا اجرای تمرینات سوالی داشتند، می‌توانستند سوال خود را از طریق سایت از درمانگر بپرسند، پاسخ سوال ظرف حداکثر ۲۴ ساعت داده می‌شد. محدودیتی برای آزمودنی‌ها از نظر تعداد ارسال سوال وجود نداشت.

محتوی مجموعه‌های آموزشی همان مطالبی بود که در درمان حضوری به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد. به منظور پیگیری اثربخشی درمان‌ها و میزان ماندگاری آن‌ها، پس از گذشت ۶ ماه از اتمام درمان، آزمون افسردگی بک برای اعضای هر دو گروه مجدداً اجرا شد.

ابزار تحقیق

پرسشنامه افسردگی بک: در این تحقیق از پرسشنامه افسردگی بک به منظور اندازه‌گیری میزان افسردگی استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در بین بیماران ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. در تحقیقی که وهاب زاده (۱۳۷۳)، به نقل از حسن زاده، (۱۳۷۸) به منظور بررسی ارزش تشخیصی این آزمون انجام داده است به این نتیجه رسید که این پرسشنامه قادر به تفکیک بیماران افسرده از افراد سالم است. همچنین پایایی آزمون با روش کودریچاردسون ۰/۷۸ و با روش بازآزمایی ۰/۷۵ بدست آمده است. (مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۸۶) پورشهباز (به نقل از بخشایی، ۱۳۸۱) همسانی درونی این آزمون را ۰/۸۵ برآورد کرد. در تحقیقی همبستگی سوالات آزمون بک با مقیاس افسردگی هامیلتون ۰/۹۳ بدست آمده است (بخشایی، ۱۳۸۱). بنابراین می‌توان گفت که ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی دارد.

یافته‌ها

برای مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی رفتاری حضوری و اینترنتی آفلاین در کاهش میزان افسردگی از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون و پی‌گیری استفاده شد.

اطلاعات توصیفی نمرات افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری به تفکیک دو گروه درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی دو گروه درمان حضوری و آفلاین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری

شاخص گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
درمان آفلاین	پس آزمون	۱۰/۶۶	۵/۸۰	۵	۲۰
	پی‌گیری	۱۳/۸۹	۵/۶۸	۷	۱۹
	پیش آزمون	۲۵/۷۵	۴/۸۹	۲۱	۳۷
	پس آزمون	۱۶/۶۸	۵/۱۳	۶	۲۱
	پی‌گیری	۱۴/۲۳	۵/۷۵	۶	۲۲

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین افسردگی پس از اجرای درمان حضوری و درمان آفلاین در مرحله پس آزمون و پی‌گیری کاهش پیدا کرده است. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه نمرات افسردگی در مرحله پس آزمون دو گروه درمان حضوری و اینترنتی آفلاین در جدول ۲ ارزیابی شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی ۲ گروه در مرحله پس آزمون

شاخص منبع	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۳/۷۸	۱	۴۳/۷۸	۶/۶۷	۰/۰۱۷
گروه	۳۷/۶۳	۱	۲۳/۶۲	۱/۷۹	۰/۰۰۲
خطا	۴۴۰/۸۰	۲۱	۲۰/۹۹		
کل	۴۱۳۵	۲۴			

فرضیه ۱- بین میزان کاهش افسردگی دانشجویانی که در معرض روش درمانی شناختی رفتاری حضوری قرار می‌گیرند با دانشجویانی که در معرض روش درمانی شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین قرار می‌گیرند، تفاوت وجود دارد.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین افسردگی گروه درمان شناختی رفتاری حضوری با میانگین افسردگی گروه درمان شناختی رفتاری آفلاین تفاوت دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری با درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر فرضیه ۱ تایید می‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه نمرات افسردگی در مرحله پی‌گیری گروه‌های درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی ۲ گروه درمان حضوری و آفلاین در مرحله پی‌گیری

شاخص منبع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۸۹/۳۹	۱	۸۹/۳۹	۳/۰۳	۰/۰۹۶
گروه	۲۲/۱۲	۱	۲۲/۱۲	۰/۷۵۱	۰/۳۹۶
خطا	۶۱۸/۱۹	۲۱	۲۹/۴۳		
کل	۴۱۰۷	۲۴			

فرضیه ۲. پس از گذشت ۶ ماه، بین میزان اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری حضوری و اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان، تفاوت وجود دارد.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین افسردگی گروه درمان شناختی رفتاری حضوری در مرحله پی‌گیری تفاوت معنی‌داری با میانگین افسردگی گروه درمان شناختی رفتاری آفلاین در مرحله پی‌گیری ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان ماندگاری

اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری با ماندگاری درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر فرضیه ۲ رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی درمان حضوری و درمان اینترنتی آفلاین بلافاصله پس از اتمام درمان تفاوت وجود دارد اما پس از گذشت ۶ ماه از اتمام درمان تفاوت معنی‌داری بین این دو روش درمانی دیده نمی‌شود. به عبارت دیگر میزان اثربخشی درمان حضوری به مرور زمان کاهش پیدا کرده است اما برای درمان آفلاین چنین اتفاقی رخ نداده است. از آنجا که تاکنون تحقیقی اقدام به مقایسه اثربخشی درمان‌های اینترنتی با درمان انفرادی نکرده است نمی‌توان نتیجه این تحقیق را با آن‌ها مقایسه کرد. فقط چند تحقیق در زمینه مقایسه درمان گروهی حضوری و درمان اینترنتی آفلاین انجام شده است که در این تحقیقات مشخص شده است که تفاوتی بین این دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری دیده نمی‌شود (سلمی و همکاران، ۱۹۹۹؛ پرادفوت و همکاران، ۲۰۰۴).

اما سوالی که مطرح می‌شود این است که چرا اثربخشی درمان انفرادی بیشتر از درمان اینترنتی آفلاین است اما پس از گذشت ۶ ماه این تفاوت از بین می‌رود. برای پاسخ به این سوال باید ببینیم چه عواملی باعث اثربخشی انواع روش‌های روان‌درمانی می‌شود. تحقیقات نشان داده است که دو عامل در اثربخشی روان‌درمانی دخیل است. ۱- عوامل مشترک ۲- عوامل اختصاصی (پروچاسکا، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱).

۱- عوامل مشترک عوامل درمانی هستند که در اکثر روش‌های درمانی وجود دارد (ارکوویتز^۱، ۱۹۹۲؛ گلدفرید و نیومن^۲، ۱۹۸۶؛ تامپسون^۳، ۱۹۸۷؛ به نقل از پروچاسکا، ۱۳۸۱). که سه مورد از مهمترین آنها عبارتند از:

^۱. Irkwitz

^۲. Golfreed & Newman

^۳. Tompson

الف- انتظار مثبت: تحقیقات نشان داده است که هر چه انتظار درمانجو از نتیجه درمان بیش تر باشد میزان بهبودی او بیشتر است. تقریباً همه درمان‌های حضوری از جمله درمان شناختی رفتاری چنین انتظاری را در مراجع خود ایجاد می‌کنند (پروچاسکا، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱). به نظر می‌رسد درمان‌های اینترنتی نیز می‌تواند چنین انتظار مثبتی را در بیماران ایجاد کند. در تحقیقی که توسط کوهن^۱ و کر^۲ (۲۰۰۵) انجام شد، مشخص شد بیمارانی که درمان اینترنتی دریافت کرده بودند میزان تخصص و قابلیت اعتماد درمان‌گر خود را به اندازه بیمارانی که درمان حضوری دریافت کرده بودند ارزیابی کردند. اما نکته مهم این است که میزان انتظار مثبتی که در روش‌های مجازی ایجاد می‌شود کمتر از روش‌های حضوری است (کراس^۳، زاک^۴ و استریکر^۵، ۲۰۰۸). بنابراین، به نظر می‌رسد که برای آزمودنی‌هایی که در درمان آفلاین شرکت کرده بودند تا اندازه‌ای انتظار مثبت ایجاد شده است اما این انتظار مثبت به اندازه درمان انفرادی نیست.

ب- رابطه درمانی: روان‌درمانی در واقع نوعی رابطه میان فردی است و همه درمانگران اعتقاد راسخ دارند که برای موفقیت در درمان باید یک رابطه درمانی نیرومند بین بیمار و درمان‌گر برقرار شود (کرسینی^۶، ۲۰۰۷). درمان شناختی نیز به رابطه درمانی اهمیت می‌دهد و معتقد است که رابطه بین بیمار و درمان‌گر یکی از شرایط ضروری برای پیشرفت در درمان است. تحقیقات نشان داده است که در درمان‌های اینترنتی نیز امکان ایجاد این ارتباط وجود دارد. در تحقیقی که توسط هوز^۷، جونز^۸ و انگلید^۹ (۲۰۰۱) انجام شد مشخص شد که درمانگر درمانگر و بیمار توانسته‌اند ارتباط صمیمانه و گرمی با یکدیگر برقرار کنند. با آنکه در ارتباط

1. Cohen
2. Kerr
3. Kraus
4. zack
5. Stricker
6. Corsini
7. Huws
8. Jones
9. Ingledeu

اینترنتی امکان تبادل احساسات و پیام‌های زبان بدن وجود ندارد اما یکی از امکاناتی که تا حدی امکان اینگونه ارتباط را فراهم می‌کند استفاده از شکلک‌ها است و تحقیقات نشان داده است که استفاده از شکلک‌ها در انتقال احساسات بین بیمار و درمانگر موثر بوده است. اما میزان برقراری ارتباط در این روش درمانی به اندازه درمان‌های حضوری نیست (والتر^۱ و داداریو^۲، ۲۰۰۱؛ ولف^۳، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر درمان آفلاین از نظر برقراری رابطه درمانی ضعیف‌تر از از درمان انفرادی حضوری است.

ج- دریافت توجه: روانشناسان سال‌هاست که متوجه شده‌اند که افراد بسیاری صرفاً به خاطر توجهی که به آن‌ها می‌شود می‌توانند برخی از رفتارهای خودشان را تغییر دهند و بیماری آنها بهبود پیدا کند (پروچاسکا، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱). طبیعی است که در درمان‌های حضوری مراجع توجه بیشتری را دریافت می‌کند. اما در درمان‌های اینترنتی به ویژه درمان آفلاین آزمودنی توجه کم‌تری نسبت به روش حضوری دریافت می‌کند.

۲- عامل دوم در اثربخشی روان‌درمانی عوامل اختصاصی است. عوامل اختصاصی به مواردی اشاره دارد که مختص روش درمانی به کار برده شده هستند. بک درباره عوامل اختصاصی اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌گوید:

او معتقد است درمانجویی در درمان موفق است که برای اصلاح شناخت‌های خود چند مرحله را طی کند. اولاً باید بداند که به چه چیزی فکر می‌کند. ثانیاً باید تشخیص دهد کدام‌یک از افکارش نادرست هستند و بعد باید قضاوت‌های نادرست را با قضاوت‌های درست عوض کنند و بالاخره به پس‌خوراندی نیاز دارد که به او بگوید آیا تغییرات او درست هستند یا نادرست. به عبارت دیگر در درمان شناختی اقدام به بازسازی شناختی مراجع می‌شود. تحقیقات نشان داده است که درمان اینترنتی آفلاین می‌تواند این تغییرات را در آزمودنی ایجاد

1. Walter
2. Dario
3. Wolf

کند (بهشتیان، ۱۳۸۸). از آنجا که درمان شناختی رفتاری ماهیت آموزشی دارد مراجع با هدایت درمان‌گر می‌تواند مراحل درمان شناختی رفتاری را طی کند (فری، به نقل از صاحبی، ۱۳۸۲).

حال باید دید که کدام یک از این دو عامل باعث تفاوت اثربخشی این دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون شده است. همانطور که گفته شد تحقیقات نشان داده است که عوامل مشترک در اثربخشی درمان حضوری و آفلاین وجود دارد اما میزان اثر آن در درمان حضوری بیش‌تر است. همچنین عوامل اختصاصی هم در اثربخشی درمان حضوری و آفلاین موثر است اما مشخص نیست که اثر عوامل اختصاصی در کدام روش درمانی بیشتر است. بنابراین می‌توان گفت احتمالاً دلیل تفاوت اثربخشی این دو روش درمانی در مرحله پس‌تفاوت عوامل مشترک درمانی است و دلیل دیگری برای اثبات این مدعا این است که در پی‌گیری ۶ ماهه تفاوتی بین اثربخشی این دو روش درمانی دیده نمی‌شود. چون اثر عوامل مشترک پس از اتمام درمان به دلیل قطع رابطه بین مراجع با درمانگر تمام می‌شود (هوز، جونز و انگلید، ۲۰۰۱) و همین امر می‌تواند باعث کاهش تدریجی اثربخشی درمان حضوری شود (میانگین افسردگی گروه درمان حضوری از ۱۰/۶۶ در مرحله پس‌آزمون به ۱۳/۸۹ در مرحله پی‌گیری رسیده است). اما میزان افسردگی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در درمان آفلاین تغییر چندانی نکرده است.

بنابراین، با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت که در درازمدت اثربخشی درمان اینرنی آفلاین با درمان انفرادی تفاوتی ندارد و نکته دیگر اینکه می‌توان گفت عوامل اختصاصی درمان نسبت به عوامل مشترک اثر پایدارتری دارند.

در نهایت با توجه به اینکه این اولین تحقیق در زمینه‌ی مقایسه اثربخشی درمان‌های حضوری با درمان آفلاین است توصیه می‌شود تحقیقات بیش‌تری در این زمینه انجام شود تا به نتایج قطعی‌تری در این زمینه به دست آید.

منابع فارسی

- بخشایی، نورمحمد. (۱۳۸۱). بررسی ابعاد شخصیتی با رویدادهای استرس زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده آزمون مدل شناختی افسردگی. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران - دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- بهشتیان، محمد. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمانی‌های شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین، اینترنتی آنلاین و درمان گروهی حضوری بر میزان افسردگی دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های تهران. پایان نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹.
- حسن‌زاده، علی. (۱۳۷۸). بررسی اثر رابطه بین افسردگی و معنا بخش بودن زندگی دانش‌آموزان دبیرستان‌های استان مازندران. پایان نامه دکتری روانشناسی.
- سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۷). بر گرفته از اینترنت به نشانی www.pcoiran.com
- فری، مایکل. (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، زهرا اندوز. مشهد: جهاد دانشگاهی مشهد. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. جی. (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: عباس رفیعی. جلد دوم. تهران: ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۰.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۸۶). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی. تهران: انتشارات رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳.
- یار محمدی، مسیب. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده. پایان نامه دکتری روانشناسی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

منابع انگلیسی

- American Psychological Association. (1978a). Officers, boards, committees, and representatives of the American Psychological Association: 1978. *American Psychologist*, 33, 573–599.
- Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (2005). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15: 13–26.
- Corsini, R & Wedding, D. (2007). *Current psychotherapy*. Brooks Cole pub, 129-134
- Cuijpers, P., Smit, S., Bohlmeijer, E., Hollon, S., Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*. 196: 173-178.
- Huws, J. C., Jones, R. S. P., & Ingledew, D. K. (2001). Parents of children with autism using an email group: A grounded theory study. *Journal of Health Psychology*, 6:569–584.
- Kraus, R., Zack, J., Stricker, G. (2008). *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. Elsevier academic press, 218-225
- Lehane, M. (2005). Treatment by the book. *Nursing Standard*, 19, 24.
- Mackinnon, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. (2008). Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*. 193(4): 270-1
- Marrs, R. W. (2004). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843–870.
- National institute for clinical Excellence. (2004). *Clinical Guideline 23 depression: Management of depression in primary and secondary care*, 117-127
- Proudfoot, J., Ryden, C., Shapiro, D., Goldberg, D., Marks, H., Gray, J. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry*. 185: 46-64
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., Edman, H. (1999). Computer-administered cognitive behavioural therapy for depression. *American journal of psychiatry*; 147:51-56

- Walther, J. B., & D'Addario, K. P. (2001). The impacts of emoticons on message interpretation in computer-mediated communication. *Social Science Computer Review*, 19: 324–347.
- Watkins, P. L. & Clum G. A. (2008). *Handbook of Self-Help Therapies*. Taylor & Francis Group, LLC, 120- 230
- Wolf, A. (2000). Emotional expression online: Gender differences in emoticon use. *Cyber Psychology & Behavior*, 3:827–833.

Archive of SID