

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه در مقایسه با درمان به شیوه بالینی در افسردگی اساسی

حسین قمری گیوی^{۱*} (Ph.D)، حسن ایمانی^۱ (M.Sc)، عبدالصمد آق^۱ (M.Sc)، نعمت محمدی پور ریک^۱ (M.Sc)، سعید مهرآبادی^۲ (B.Sc)

۱- دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

۲- دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر، درمان‌های رایانه‌ای هم‌چون درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه به کمک درمان‌گران شتافته است. از مزایای این نوع درمان‌ها می‌توان به کاهش هزینه‌ها و زمان و همچنین گسترش دامنه استفاده از درمان‌های روان‌پزشکی اشاره کرد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به سه شکل تحت وب، به شیوه بسته نرم‌افزاری و به شیوه بالینی در مقایسه با فقدان درمان برای افسردگی اساسی بود. مواد و روش‌ها: نمونه این پژوهش شامل ۶۸ نفر از دانشجویان بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشجویان با ملاک‌های افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره حضوری و آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب و سپس به شیوه تصادفی در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای‌گزین شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: آزمون افسردگی بک و مصاحبه بالینی ساختار یافته.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که در مقایسه روش‌های درمان شناختی-رفتاری به شکل‌های تحت وب و به شیوه بسته نرم‌افزاری با درمان به شیوه بالینی، تفاوت معناداری به نفع شیوه درمان بالینی به دست آمد. نتیجه‌گیری: درمان‌های مبتنی بر رایانه تجربیات یادگیری مؤثر و ابتکاری فراهم آورده و باعث افزایش دسترسی سریع درمان‌گران و بیماران به اهداف درمانی تعیین شده می‌شوند. یافته‌ها این پژوهش نیز حاکی از این بودند که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه یک روش درمانی عملی و مؤثر برای درمان اختلال افسردگی اساسی است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان تحت وب، درمان به شیوه بسته نرم‌افزاری، افسردگی اساسی

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی با شیوع ۱۵ الی ۲۵ درصد در طول عمر می‌باشد [۱]، که اصطلاح سرماخوردگی روانی را به خود اختصاص داده [۲] و می‌تواند به صورت مزمن و عودکننده منجر به افت عمل‌کرد تحصیلی، فردی و شغلی گردد [۳]. روش‌های درمانی مختلفی برای درمان این اختلال مطرح شده است که درمان‌هایی نظیر دارو درمانی (Pharmacotherapy)، الکتروشوک

(Electroshock therapy, ECT)، روان تحلیل‌گری (Psychoanalysis)، شناخت درمانی (Cognitive therapy)، گروه درمانی (Group therapy) و درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه (Computerized cognitive behavioral therapy, CCBT) از آن جمله‌اند [۴].

درمان شناختی-رفتاری یک درمان روان‌شناختی مطرح برای افسردگی است که می‌تواند به‌طور موجه رو در رو،

مبتنی بر رایانه (مبتنی بر وب و بسته نرم‌افزاری) در مقایسه با درمان به شیوه بالینی (Clinical intervention) در کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی در افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش، از طرح‌های نیمه‌آزمایشی به روش طرح گروه کنترل نابرابر (برای چند گروه) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه افرادی هستند که در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ در دانشگاه محقق اردبیلی مشغول به تحصیل بودند و هم‌چنین دانشجویانی که به مرکز مشاوره حضوری و آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی مراجعه می‌کردند. حجم نمونه شامل ۶۸ نفر از افراد دانشجو بود که اختلال افسردگی در حد بالینی داشته و در ۴ گروه مجزای ۱۷ نفری انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بعد از این که ملاک‌های بالینی اختلالات را از طریق آزمون‌های سرندی دارا بودند، از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس (Available sampling) و داوطلبانه انتخاب شدند. نمونه گواه افراد زن و مرد دانشجو را شامل می‌شد که از اختلال افسردگی اساسی در حد بالینی رنج می‌بردند و از نظر متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات با گروه‌های آزمایشی هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود نمونه به تحقیق عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV-TR، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال برای هر دو جنس، آغاز بیماری بعد از ۱۳ سالگی، تحصیلات دیپلم به بالا، تأیید تشخیص بیماری توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مسئول مرکز درمانی، اولین مراجعه به مرکز درمانی، عدم درمان قبلی و توان همکاری با گروه. معیارهای خروج از تحقیق عبارتند از: وجود اختلال روان‌پزشکی هم‌آیند، داشتن تشخیص اختلالات سایکوتیک از جمله دو قطبی، سابقه سوء مصرف مواد و داشتن بیماری جسمی حاد، داشتن اختلال بینایی و شنوایی قابل تشخیص. جهت اجرای پژوهش، بعد از طراحی سایت مشاوره آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی - به آدرس

توسط جلسات گروهی و یا به شکل برنامه خودیاری ارائه گردد [۵]. یکی از معایب درمان شناختی-رفتاری به‌طور خاص در کشورهای توسعه‌یافته، هزینه بالا و در دسترس نبودن آن است [۶،۷]. به همین دلیل مداخلات شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه (مبتنی بر وب و بسته نرم‌افزاری) می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان شناختی-رفتاری سنتی باشد [۸]. استفاده گسترده از اینترنت فرصت‌های درمانی جدیدی را فراهم می‌آورد و می‌تواند ویژگی‌های تکنیک‌های شناختی-رفتاری را در قالب فرمت‌های کامپیوتری و مبتنی بر وب ارائه کند [۹،۱۰]. مداخله مبتنی بر وب در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی هم برای مراجعه‌کنندگان و هم درمان‌گران از مزایایی برخوردار است [۱۱]. برای مثال بی‌نام بودن و دسترسی آزاد بیمار وعدم مشاهده درمان‌گر مانع از برچسب خوردن بیمار می‌گردد. علاوه بر این درمان می‌تواند در هر زمان و مکان و با هر سرعت اجرا گردد و هر زمان که لازم باشد موضوعات می‌توانند مورد بازنگری قرار گیرند [۱۲،۱۳]. در مطالعه وایتفیلد و همکاران (۲۰۰۶) که در آن از یک بسته نرم‌افزاری جدید برای درمان افسردگی اساسی (Major depression) استفاده شد، کاهش معنی‌داری در نشانه‌های افسردگی بیماران مشاهده گردید [۱۴]. در مطالعه دیگری که در آن از مداخله مبتنی بر رایانه برای درمان افسردگی اساسی و نقص‌های شناختی در دانشجویان استفاده شد، نتایج نشان داد گروهی که آموزش‌های شناختی دریافت کردند در مقایسه با گروه گواه افزایش قابل توجهی در عمل‌کردهای شناختی و فکری خود نشان دادند [۱۵].

مروری بر پژوهش‌های داخل کشور نشان می‌دهد که گزارش ثبت شده‌ای مبنی بر استفاده از رایانه در درمان‌های روان‌پزشکی وجود ندارد و این امر مبین جای خالی این گونه مطالعات در کشور است. این مطالعه مقدمه‌ای برای ارائه روش موثر جهت کاهش علائم افسردگی و نیز سایر نقایص روان‌شناختی افراد مبتلا به این اختلال به واسطه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه فراهم می‌آورد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری

همکاران در سال ۱۹۶۱ معرفی نمودند. در این آزمون نمره ۱۲ برای جداسازی و ۲۱ برای بررسی‌های بالینی تعیین شده است [۱۶]. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است [۱۷]. ارزش‌یابی روایی محتوایی، سازه و ملاکی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. این آزمون برای جمعیت ایرانی از پایایی و روایی بالایی برخوردار است [۱۸]. ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون را در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش نموده است. پایایی این آزمون در ایران بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه با روش بازآزمایی طی چهار ماه ۰/۴۹ گزارش شده است [۱۹].

مصاحبه بالینی ساخت‌یافته
(Structured clinical interview for DSM-IV SCID)

در صورت مبهم و ناقص بودن علائم، جهت افزایش دقت تشخیص می‌توان مصاحبه بالینی ساخت‌یافته را اجرا کرد. مصاحبه بالینی ساخت‌یافته (SCID) برای اختلالات محور ۱ مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است و برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. ضریب پایایی آن در جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی و به فاصله یک هفته (۰/۹۵) گزارش شده است [۲۰].

جدول ثبت افکار منفی. جدول ثبت افکار منفی جزء ابزارهای خود گزارشی درمان‌های شناختی-رفتاری می‌باشد و فرد میزان افکار منفی خود را در شرایط مختلف و در فرایند درمان بر روی مقیاس ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. این نوع درجه‌بندی‌ها اطلاعات مفیدی را در مورد این‌که پاسخ‌های ذهنی در هر جلسه درمانی خاص و نیز در بین جلسه‌های درمانی چگونه تغییر می‌پذیرند، فراهم می‌آورند [۲۱].

نتایج

در این مطالعه ۶۸ نفر بیمار مبتلا به افسردگی اساسی شرکت داشتند که به طور مساوی (n=۱۷) در سه گروه آزمایشی درمان به شیوه بالینی، تحت وب، و به شیوه بسته نرم‌افزاری و نیز یک گروه گواه قرار گرفتند. در مجموع ۲۵

www.ghamari-cbt.ir/cbt/member.php و همچنین طراحی بسته نرم‌افزاری به صورت سی‌دی، با کسب مجوزهای لازم، از نمونه ۶۸ نفری به تعداد ۵۱ نفر از دانشجویان دارای اختلال افسردگی در ۳ گروه آزمایشی؛ درمان تحت وب، با بسته نرم‌افزاری و درمان انفرادی به شیوه معمول بالینی به نسبت مساوی ۱۷ نفر برای هر گروه، انتخاب و متغیر مستقل اجرا گردید. برای افراد گروه‌های درمانی، در مورد بیماری، منطق درمان و هدف پژوهشی درمان به صورت رایانه‌ای و شفاهی توضیحاتی داده شد و فرم رضایت‌نامه درمان و اطلاعات جمعیت‌شناختی توسط آنان تکمیل گردید. همچنین، به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck depression inventory, BDI) و جدول ثبت افکار منفی اجرا گردید تا خط پایه میزان اختلال مشخص شود. بعد از این مرحله با آزمودنی‌ها به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. بر اساس قرارداد درمانی، با سه جلسه غیبت، آزمودنی از فرایند درمان خارج می‌شود. جلسات درمانی دو بار در هفته هر بار به مدت یک ساعت و در مجموع ۸ جلسه توسط رایانه و در مرکز مشاوره اجرا گردید. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌ها مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. گروه گواه ۱۷ نفره نیز توسط آزمون‌های سرندی از بین دانشجویان انتخاب شدند و پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدون هیچ مداخله آزمایشی برای گروه گواه نیز اجرا شد و در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و روش آماری استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیری (Multivariate analysis of variance, MANOVA) استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

آزمون افسردگی بک (BDI). این آزمون رایج‌ترین شیوه خود گزارشی افسردگی است. این پرسش‌نامه را بک و

نفر از بیماران مرد و ۴۳ نفر از آنان زن بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های مورد مطالعه را در آزمون‌های افسردگی بک (BDI) و افکار منفی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها در آزمون‌های

افسردگی بک و افکار منفی

گروه‌ها	افسردگی بک		افکار منفی	
	SD	M	SD	M
درمان بالینی	۷/۴۹	۱۵/۴۷	۱۴/۵۵	۳۶/۴۷
تحت وب	۶/۷۳	۸/۸۲	۱۶/۸۶	۲۲/۹۴
بسته نرم افزاری	۷/۲۷	۸/۳۵	۱۷/۹۸	۲۱/۱۷
گواه	۵/۳۵	۰/۹۴	۱۴/۹۵	۱/۱۷

M: میانگین، SD: انحراف استاندارد

روش‌های درمانی تحت وب و به شیوه بسته نرم‌افزاری معنادار نبود؛ ولی تفاوت میانگین بین هر دو گروه ذکر شده با گروه گواه در نمرات افسردگی بک (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۰۶ و ۰/۰۱) و در نمرات افکار منفی (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۳) معنادار بود. به عبارت دیگر، با وجود این‌که تفاوتی در میزان اثربخشی این دو روش درمانی با یک‌دیگر وجود نداشته است ولی هر دو این روش‌ها در مقایسه با بی‌درمانی به طور معناداری مؤثرتر بوده‌اند.

جدول ۲. تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه گروه‌ها برحسب

نمرات آزمون‌های افسردگی بک و افکار منفی

شاخص متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
افسردگی بک	۱۷۹۸/۷۵	۳	۵۹۹/۵۸	۱۳/۰۹	۰/۰۰۱
افکار منفی	۱۰۷۹۲/۶۴	۳	۳۵۹۷/۵۴	۱۳/۷۹	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

از نتایج به دست آمده از تحلیل سوالات پژوهش چنین بر می‌آید که روش‌های درمان شناختی- رفتاری به شکل‌های مبتنی بر وب و بسته نرم‌افزاری برای اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنادار بالایی را نشان می‌دهد که این حکایت از مؤثر بودن این روش‌ها در درمان افسردگی اساسی دارد. همچنین در مقایسه این دو روش با هم تفاوت معنادار خاصی مشاهده نشد ولی در مقایسه این دو روش با روش درمان معمول بالینی، تفاوت معناداری به نفع روش درمان بالینی یافت شد. در مطالعه‌ای که توسط گریم در سال ۲۰۰۴ انجام گرفت، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رایانه بر روی افراد شاغلی که استرس وابسته به حاضر نشدن در محل کار (Stress-related absenteeism) داشتند، اجرا گردید. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که در پایان درمان و یک ماه پس از آن، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و سبک اسناد منفی در گروه مداخله به طور معناداری کم‌تر از افرادی بود که در درمان شرکت نداشتند [۲۲]. در پژوهشی که ۱۰ مطالعه در زمینه اثربخشی درمان

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین گروه‌های آزمودنی در آزمون افسردگی بک تفاوت معناداری وجود داشته است ($F_{(۳,۶۴)}=۱۳/۰۹, P<۰/۰۱$)، همچنین تفاوت بین میانگین نمرات افکار منفی گروه‌های آزمودنی معنادار بوده است ($F_{(۳,۶۴)}=۱۳/۷۹, P<۰/۰۱$).

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که در نمرات آزمون افسردگی بک بین درمان به روش بالینی با درمان به شکل‌های تحت وب، بسته نرم‌افزاری و با گروه گواه تفاوت معناداری (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۱، ۰/۰۲، ۰/۰۱) وجود داشته است، همچنین بین میانگین نمرات افکار منفی در گروه‌های ذکر شده تفاوت مشاهده شده معنادار بود (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۰۱، ۰/۰۳، ۰/۰۵). بنابراین درمان به روش بالینی از دیگر روش‌های به کار رفته اثربخشی بیشتری داشته است. از سوی دیگر تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی بک و افکار منفی در

توجه به محدودیت دسترسی به درمان شناختی-رفتاری سنتی و شمار زیاد افراد بیمار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت روانی، مداخلات مبتنی بر وب این پتانسیل را دارند که منابع مورد نیاز برای درمان این‌گونه بیماران را کاهش دهند، چرا که این روی‌کردها می‌توانند به طور قابل توجهی در وقت درمان‌گران صرفه‌جویی کنند [۳۳]. علاوه بر این، درمان‌های مبتنی بر رایانه می‌توانند در موقعیت‌های مختلفی ارائه گردند برای مثال مدرسه، انجمن‌های اجتماعی، مراکز بهداشت روان و منازل. به عنوان یک ابزار درمانی، رایانه نام‌کسانی را که در جستجوی درمان هستند فاش نمی‌کند و منجر به حفظ حریم شخصی آنان می‌گردد. تسهیل ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات از دیگر مزایای درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه است [۳۴]. از سوی دیگر، ملاک ورود برای شرکت در مداخلات مبتنی بر وب پایین است، این موضوع از این جهت مهم است که می‌توان افراد افسرده را در مراحل ابتدایی اختلال‌شان تشخیص داد و از شدت یافتن و مزمن شدن بیماری‌شان جلوگیری کرد. این‌گونه مداخلات هم‌چنین برانگیزاننده خود‌مدیریتی (Self-management) در فرد هستند و به او اختیار می‌دهند، چرا که ایده اساسی اکثر مداخلات مبتنی بر وب این است که بیمار نقش عمده‌ای در درمان خود ایفا کند، درحالی که درمان‌گر فقط حمایت‌گر بیمار در طول مراحل درمان است [۳۳]. در استفاده از برنامه‌های درمانی مبتنی بر رایانه این نکته را باید در نظر گرفت که این نوع درمان‌ها را نمی‌توان بدون تمایز برای همه مراجعان ارائه نمود و رایانه‌ها جای‌گزین مناسبی برای همه اختلالات نیستند. بعضی از بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی یا دارودرمانی را انتخاب می‌کنند. علاوه بر این برای برخی از بیماران که درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه را ترجیح می‌دهند، حضور و راهنمایی درمان‌گر ضروری به نظر می‌رسد و نیز این نوع درمان‌ها به خصوص برای بیمارانی که شدت علائم در آن‌ها بیش‌تر است و یا از شرایط پیچیده و چالش‌انگیزی رنج می‌برند، چندان مناسب نیست [۳۵]. این پژوهش نیز هم‌چون سایر پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبوده است. شمار کم آزمودنی‌ها و روش

شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه را مورد بازنگری قرار داده بود، همه مطالعات کاهش در علائم بالینی اختلالات اضطراب و افسردگی در نوجوانان زیر ۱۸ سال و هم‌چنین بهبود در مولفه‌هایی هم‌چون رفتار، عزت نفس و کارکردهای شناختی را گزارش کردند [۲۳]. در همین ارتباط دی-گراف و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی سه روش درمانی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه، درمان شناختی-رفتاری سنتی و ترکیب این دو روی‌کرد درمانی را با هم مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند بیمارانی که پاسخ‌گویی مطلوبی داشتند در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه نتایج مطلوب‌تری به دست آوردند، اما آن‌هایی که تاریخچه روان‌پزشکی خانوادگی یا تشخیص افسردگی اساسی داشتند، به درمان ترکیبی بهتر از درمان شناختی-رفتاری سنتی جواب دادند [۲۴]. پژوهش‌ها در زمینه کاربرد درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه نشان دادند که استفاده از بسته‌های نرم‌افزاری، افسردگی و سبک اسناد منفی و نیز سازگاری اجتماعی و شغلی را صرف نظر از دریافت یا عدم دریافت دارو و نیز طول مدت بیماری بهبود بخشید [۲۵، ۲۶]. مطالعه دی-گراف و همکاران (۲۰۱۱) به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کامپیوتر با درمان به شیوه معمول بالینی صورت پذیرفت. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که اگرچه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کامپیوتر در درمان افراد مبتلا به افسردگی اثربخش است، ولی برتر از درمان به روش معمول بالینی نیست [۲۷]. درمان شناختی-رفتاری سنتی یکی از پرکاربردترین مداخلات در زمینه درمان افسردگی اساسی می‌باشد [۲۸]. از سوی دیگر با توجه به این‌که این درمان ساختاریافته است و به طور گام به گام اجرا می‌گردد به راحتی می‌تواند به فرمت‌های رایانه‌ای تبدیل گردد [۲۹]. البته این روی‌کرد درمانی فقط به عنوان بخشی از طیف درمان‌های موجود برای مبتلایان به افسردگی اساسی محسوب می‌شود [۳۰]. با این‌که همه افراد افسرده برای دریافت کمک‌های حرفه‌ای مراجعه نمی‌کنند، ولی تقریباً نیمی از آنان به دنبال راهی برای درمان شدن هستند [۳۱، ۳۲]. از سوی دیگر با

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی که با همکاری شایسته خود به اجرای این طرح پژوهشی کمک کردند، نهایت سپاس و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- [1] Blazer DG. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Mood disorders: Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; USA 2000, pp: 1298-1308.
- [2] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2007. pp: 110-118.
- [3] Sadock BJ, Sadock VA. Pocket Handbook of clinical Psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2001: 128.
- [4] Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & wilkins; 1995; pp: 445-448
- [5] Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol 2008; 76: 909-922.
- [6] Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. Annu Rev Psychol 2006; 57: 285-315.
- [7] Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith JL, Gallovic B. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. J Gen Intern Med 2002; 17: 103-111.
- [8] Schmidt U, Andiappan M, Grover M, Robinson S, Perkins S, Dugmore O, et al. Randomised controlled trial of CD ROM-based cognitive behavioural self-care for bulimia nervosa. Br J Psychiatry 2008; 193: 493-500.
- [9] Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of Web-based vs. non-Web based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. J Med Internet Res 2004; 6: e40.
- [10] de Groen PC, Barry JA, Schaller WJ. Applying world wide web technology to the study of patients with rare diseases. Ann Intern Med 1998; 129: 107-113.
- [11] Wright JH, Wright AS, Albano AM, Basco MR, Goldsmith LJ, Raffield T, Otto MW. Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry 2005; 162: 1158-1164.
- [12] Gega L, Marks I, Mataix-Cols D. Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: Experience of a London clinic and future directions. J Clin Psychol 2004; 60: 147-157.
- [13] Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatr Serv 2001; 52: 1615-1620.
- [14] Whitfield G, Hinshelwood R, Pashely A, Campsie L, Williams C. The impact of a novel computerized CBT CD Rom (overcoming depression) offered to patients referred to clinical psychology. Behav Cogn Psychotherapy 2006; 34: 1-11.
- [15] Alvarez LM, Cortes Soters JF, Ortiz Leon S, Estrella J, Sanchez Sosa JJ. Computer program in the treatment for major depression and cognitive impairment in university students. Comput hum behav 2008; 24: 816-826.
- [16] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979; 25.
- [17] Sharifi P. In translating of mental assessment, marnat G (author). Tehran Roshd Public 1993; 201. (Persian).
- [18] Fatta L. Comparison the effectiveness of exposure and response prevention, clomipramine and combination of two methods in treatment of obsession compulsion disorder. [dissertation]. Tehran Inst Psychiatr 1990. (Persian).

نمونه‌گیری در دسترس، که توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را کاهش می‌دهند، از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، حجم نمونه بزرگ‌تری انتخاب شود تا نتایج با احتمال بیش‌تری، قابلیت تعمیم‌پذیری به جامعه داشته باشد. هم‌چنین در پژوهش‌های بعدی سایر روش‌های درمانی که اثربخشی آن در کاهش نشانه‌های مشکلات افسردگی اساسی تایید شده است به صورت مقایسه‌ای به کار گرفته شود. پر واضح است که ویرایش‌های درمان رایانه‌ای کاربران مصرف‌کننده و خانگی نمی‌تواند به عنوان ابزاری برای جانشینی درمان‌های حرفه‌ای باشد. بیش‌تر این نوع درمان‌ها جهت اجرای برنامه‌های خاص درمان شناختی-رفتاری، برای اختلالات و نشانه‌های خاص همانند مواجهه‌سازی برای فوبی‌ها و مداخلات رفتاری و شناختی برای افسردگی، طراحی شده‌اند، لذا برای تمام ارزیابی‌های تشخیصی، ارزیابی‌های خطر خودکشی یا درمان دامنه وسیعی از مشکلات، قابل اجرا نیستند. به همین دلیل کاربردهای بالینی درمان شناختی-رفتاری با کمک رایانه، اساساً محدود به ارزیابی، بازبینی و هدایت توسط یک درمان‌گر انسانی است. هم‌چنین درمان‌های مبتنی بر رایانه همانند درمان‌گران انسانی هوش‌مند و عاقل نبوده و از توانایی انعطاف‌پذیری، خلاقیت و هم‌دردی همانند درمان‌گران انسانی برخوردار نیستند [۳۶]. علی‌رغم وجود این محدودیت‌ها در اجرای درمان‌های مبتنی بر رایانه، این نوع درمان‌ها با داشتن ویژگی‌هایی هم‌چون کاهش هزینه‌های کاربران نسبت به درمان‌های سنتی [۳۷، ۱۱]، افزایش دسترسی شایسته و به سرعت درمان‌گران و بیماران به اهداف درمانی از پیش تعیین شده [۳۶]، فراهم آوردن بازخوردهای حمایتی و هم‌چنین تشویق خودبازبینی در بیماران و آرایه تکالیف به آن‌ها، می‌تواند درمان‌های مکمل مناسبی برای درمان‌های بالینی موجود باشند.

- depression in primary care: A randomized trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42: 89-95.
- [28] Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affective Disord* 2008; 108: 159-164.
- [29] Kenardi J, Adams C. Computers in cognitive-behaviour therapy. *Australian Psychol* 1993; 28: 189-194.
- [30] Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 181-184.
- [31] Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 417-425.
- [32] Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Public Health* 2000; 90: 602-607.
- [33] Cuijpers P, Andersson G. Special issue on computerized treatments of depression. *Cogn Behav Ther* 2009; 38: 193-195.
- [34] Khanna MS, Kendall PC. Computer-Assisted CBT for Child Anxiety: The Coping Cat CD-ROM. *Cogn Behav Pract* 2008; 15: 159-165.
- [35] Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neurosci Biobehav Rev* 2004; 28: 353-363.
- [36] Wright JH, Wright AS. Computer-assisted psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1997; 6: 315-329.
- [37] Newman MG. Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety as an example. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 549-555.
- [19] Yazdandoost R. The effect of rational emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression. [dissertation]. *J Poona Univ Med Sci* 1988. (Persian).
- [20] Bakhtiari M. Exploring mental disorders in somatoform patients. [dissertation]. *J Tehran Inst Psychiatr* 2000. (Persian).
- [21] Ghasemzadeh H. In translating of Cognitive Behavioral Therapy: feasible guideline in treatment of mental disorder, Howthorn C, Salkovskis C (authors). *Tehran Arjomand Public* 2008. P: 191 (Persian).
- [22] Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occupational Med* 2004; 54: 353-359.
- [23] Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 275-290.
- [24] de Graaf LE, Hollon SD, Huibers MJ. Predicting outcome in computerized cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 184-189.
- [25] Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, Everitt B, Marks I, Gray JA. Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychol Med* 2003; 33: 217-227.
- [26] 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.
- [27] de Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A, Riper H, Metsemakers JF, Evers SM, et al. One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for

Efficiency of computerized cognitive behavioral therapy versus clinical intervention for the treatment of major depression

Hossein Ghamari givi(Ph.D)^{*1}, Hassan Imani (M.Sc)¹, Abdolsamad Agh (M.Sc. Student)¹, Nemat Mohammadipour rik (M.Sc)¹, Saeed Mehrabadi (M.Sc. Student)²

1 - Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran

2- Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Semnan, Semnan, Iran

(Received: 11 Dec 2010 Accepted: 26 Jun 2011)

Introduction: In recent years computerized therapies like computerized cognitive behavioral therapy have helped the therapists. Some advantages of these interventions are reducing the costs and time and spreading the use of psychiatrist interventions as well. Thus, the aim of this study was to explore the efficiency of cognitive behavioral therapy in three methods of web-based intervention, software package and clinical intervention in comparison with untreated in major depression.

Materials and Methods: The sample consisted of 68 students who were selected using availability sampling from students with major depression criterion who were seeking treatment at online and presence consultation center of University of Mohaghegh Ardabili (Iran), and then randomly assigned in three experimental groups and one control group. The instrument consisted of beck depression inventory and structured clinical interview for DSM disorders.

Results: The results of this study showed that in comparison to three different methods of cognitive behavioral therapy (web-based intervention, software package and clinical intervention) supported the more effective role of clinical intervention.

Conclusion: Computerized therapies present effectiveness learning experiences and result in increasing fast access of therapists and patients to determined therapeutic goals. Results of this research indicate that computerized cognitive behavioral therapy is a feasible and effective intervention in treatment of major depression.

Keyword: Cognitive behavioral therapy, Web-based intervention, Software package intervention, Major depression

* Corresponding author: Fax: +98 451 5516402; Tel: +98 451 5516401
h_ghamarigivi@yahoo.com