

درمان شناختی رفتاری آنلاین

یک رویکرد سلامت روان الکترونیک به

درمان افسردگی و اضطراب

تألیف

دکتر نازنین علوی

دانشگاه تورنتو

مرکز سلامت روان و اعتیاد تورنتو (CAMH) کانادا

دکتر محسن عمرانی

انستیتوی سلامت مغز (BHI)، دانشگاه راتگرز

پیسکاتوی ان جی، ایالات متحده آمریکا

ترجمه

دکتر سارا نامجو

پژوهشگر و دکتری روان‌شناسی سلامت

دکتر احمد برجلی

دانشیار در رشته روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی



فهرست

مقدمه مترجمان.....	۵
فصل ۱: مقدمه.....	۹
فصل ۲: رویکرد دوازده مرحله‌ای به CBT آنلاین.....	۲۱
فصل ۳: افسردگی چیست؟ اضطراب چیست؟.....	۲۸
فصل ۴: مدل پنج بخشی چیست و چه کاربردی دارد؟.....	۴۵
فصل ۵: چه ارتباطی بین افکار، احساسات، رفتار، واکنش‌های جسمانی و محیط وجود دارد؟.....	۵۹
فصل ۶: راهبردهایی که می‌توان از آنها در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کرد.....	۷۴
فصل ۷: درک و درجه‌بندی احساسات و ثبت افکار.....	۸۵
فصل ۸: افکار خودآیند چه هستند؟.....	۹۶
فصل ۹: زمان‌بندی فعالیت‌ها.....	۱۰۸
فصل ۱۰: «شواهد» چه هستند و چگونه می‌توانند در درجه‌بندی خلق و افکار به ما کمک کنند؟.....	۱۱۸
فصل ۱۱: تفکر جایگزین و متعادل چیست؟.....	۱۳۱
فصل ۱۲: آزمایش‌ها.....	۱۴۴
فصل ۱۳: برنامه‌های اجرایی.....	۱۵۷
فصل ۱۴: مرور.....	۱۶۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۷۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۷۵

مقدمه مترجمان

کتاب حاضر با هدف ارائه اطلاعات به روان‌پزشکان و روان‌شناسان در طراحی و اجرای درمان شناختی رفتاری آنلاین برای افسردگی و اضطراب ترجمه شده است. فصول کتاب حاضر اساسی‌ترین مفاهیم یک درمان موفقیت‌آمیز در حیطهٔ مواردی همچون تعدیل شناخت‌های ناکارآمد، مدیریت هیجانات مرتبط با وقایع استرس‌زا، شواهد و برنامه‌های اجرایی را شامل می‌شود. هر بخش از این کتاب با خلاصه‌ای از مفاهیم مندرج در بخش‌های قبلی آغاز می‌شود و از این طریق استفاده مجزای هر بخش از کتاب و کاربرد آن به صورت کلی تسهیل شده است.

همچنین هر بخش شامل تصاویر و نمودارهایی برای تفهیم و ارائه مکتوب مستندات هر جلسه می‌باشد و چنین مزیتی کتاب حاضر را به ابزاری بسیار کاربردی و ارزشمند برای درمانگران تبدیل کرده است.

درمان شناختی رفتاری آنلاین، یک راهنمای منحصر به فرد در زمرهٔ رویکردهای الکترونیکی به سلامت روان محسوب می‌شود و برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و کلیه درمانگران و پزشکانی که مایل به درمان افسردگی و اضطراب از راه دور هستند بسیار ارزشمند است.

فصل یکم با نگاهی اجمالی به مشکلات فعلی در زمینهٔ دسترسی به درمان‌های روانشناختی برای مشکلات روانی متداول آغاز می‌شود و دربردارندهٔ برخی مشکلات فرهنگی و مالی برای استفاده از مراقبت‌های بهداشت روان و موانع مربوط به توزیع ناکارآمد منابع برای استفاده از چنین خدماتی است. چنین معضلاتی لزوم دسترسی به درمان‌های آنلاین و مزایای چنین درمان‌هایی را در رفع چنین مشکلاتی شرح می‌دهند.

فصل یکم با خلاصه‌ای دربارهٔ افسردگی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته که کانون فصل‌های بعدی هستند به اتمام می‌رسد.

در فصل دوم یک راهنمای کلی برای طراحی کردن بخش‌های درمان آنلاین هم از نظر محتوا و هم نحوهٔ ارائه مطرح شده است و همچنین نویسندگان کتاب در رابطه با نحوهٔ ارائه بازخورد به درمانجویان، چارچوبی گام به گام به درمانگران ارائه کرده‌اند.

در فصل‌های بعدی (فصل ۳ تا ۱۴) محتوای ۱۲ بخش کتاب منطبق صریحی برای کاربرد برنامه‌های شناختی رفتاری آنلاین و مزایای احتمالی آنها در درمان افسردگی و اختلال اضطراب ارائه می‌دهد که یکی از مهم‌ترین آنها دسترسی آسان به درمان است. پیشنهادات ارائه شده در طراحی درمان در متن کتاب حاضر منسجم بوده و بر روش‌های ایجاد و حفظ کردن رابطهٔ درمانی آنلاین تأکید شده است. هم‌زمان که محتوای ارائه شده در کتاب حاضر برای درمانگران شناخته شده و ملموس است، مثال‌هایی که به عنوان روایت‌های درمانجویان و تکالیف منزل ارسال شده از سوی آنها گردآوری شده اند نیز بسیار مناسب و مطلوب هستند و خوانندگان (درمانگران) را قبل از دیدن راهنمای ارائه بازخورد، به نوشتن بازخورد و رفع اشکالات احتمالی ترغیب می‌کنند. این قسمت به درمانگران کمک می‌کند تا دریابند که چگونه می‌توان به واسطهٔ اینترنت با درمانجویان خود ارتباط برقرار کرده و به آنها خدمات ارائه دهند.

ممکن است درمانگران یک دیدگاه کلی از CBT آنلاین در ذهن خود داشته باشند با این حال تأکید می‌شود که این کتاب شامل یک روش منحصر به فرد است که برای خواننده جالب و مفید است. همچنین در کتاب حاضر به جای تأکید بر مفاهیم نظری بر چگونگی انتخاب و تنظیم بخش‌های درمانی تأکید شده است که به کاهش ریزش درمانجویان در طی درمان کمک خواهد کرد.

به‌طور کلی دامنهٔ کتاب حاضر به درمان افسردگی و اختلال اضطراب تعمیم یافته محدود می‌شود ولیکن در این کتاب یک دیدگاه کلی برای چرایی کاربرد و اصول مهم طراحی CBT آنلاین گردآوری شده است و برای درمانگرانی که به دنبال ارائه اصول و فنون درمان شناختی رفتاری در غالب آنلاین هستند، بسیار مفید است.

اثر حاضر که یکی از آثار بی‌نظیر در تحقق درمانگری از طرق غیر حضوری است، به‌منظور گسترش دانش خوانندگان، دانشجویان، پژوهشگران و اساتید محترم در حیطهٔ سلامت روان ترجمه شده است و مترجمان کوشش کرده‌اند تا با رعایت کامل

اخلاق‌مداری کوشش مؤلفان را به زبان فارسی ترجمه کنند، با این حال، تردیدی نیست که لغزش‌هایی در ترجمه وجود دارد. انتظار می‌رود اساتید ارجمند و صاحب‌نظران کاستی‌های آن را به ما منعکس کنند. در کل امید است که نشر و طبع کتاب حاضر راهگشای آنهایی باشند که هدفی به‌جز تسکین آلام انسانی ندارند و بر این تصمیم هستند که در دنیای پرمشغلهٔ امروزی روش‌های دسترس‌پذیرتری را به سوی بیماران بگشایند.

از زحمات آقای دکتر ارجمند که با مساعدت‌های خود زمینهٔ طبع و نشر کتاب را فراهم ساختند، قدردانی می‌کنیم.

دکتر سارا نامجو

پژوهشگر و دکتری روان‌شناسی سلامت

namjoopsy@gmail.com

دکتر احمد برجلی

دانشیار در رشتهٔ روان‌شناسی

دانشگاه علامه طباطبایی

borjali@atu.ac.ir

مقدمه

اختلالات روانی و شکاف‌های درمانی موجود

ناخوشی‌های روانی بخش عظیمی از هر جامعهٔ مدرنی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، با این وجود تا همین اواخر، وسعت و عمق مشکلاتی که ایجاد می‌کنند اغلب نادیده گرفته شده است. چنین برآورد شده است که از هر پنج نفر بزرگسال، یک نفر با نوعی اختلال روانی قابل تشخیص زندگی می‌کند. اختلالات روانی فشار مالی و اجتماعی فراوانی به جامعه وارد می‌کند و تقریباً ۱۲ درصد از بار جهانی اختلالات را به خود اختصاص داده‌اند. در حقیقت هزینهٔ اختلالات روانی در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۱۳ فراتر از بیماری‌هایی از قبیل سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی برآورد شد، تا جایی که در صدر فهرست پرهزینه‌ترین مشکلات مربوط به سلامت قرار گرفت. هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اختلالات روانی در حدود دو و نیم تریلیون دلار آمریکا تخمین زده شده است. درحالی که در اغلب اختلالات، هزینه‌های مستقیم درمانی قسمت اعظم بار اقتصادی را به خود اختصاص می‌دهند ولیکن عمدهٔ فشار اقتصادی ناشی از اختلالات روانی به هزینه‌های غیرمستقیمی مانند از دست دادن شغل و کاهش بهره‌وری اختصاص دارد. برای مثال در حالی که هزینهٔ مستقیم سالیانه اختلالات روانی در ایالات متحده آمریکا تا ۲۰۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است هزینه‌های غیر مستقیم دو تا شش برابر این میزان برآورد شده است. افراد مبتلا به اختلالات روانی جدی موجب اتلاف حداقل ۱۹۰ میلیارد دلار آمریکا از عایدات سالیانه می‌شوند و این میزان تنها مربوط به ۲۰ درصد از اختلالات روانی موجود است.

با وجود شیوع و پیامدهای سنگین اختلالات مزبور کمتر از نیمی از این بیماران مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند: در کشورهای توسعه‌یافته ۴۰ تا ۴۵ درصد و در کشورهای در حال توسعه تنها ۱۵ درصد. در توضیح چنین شکاف بزرگی در ارائه خدمات بهداشت روان دو مانع عمده را باید مورد توجه قرار داد: دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی و تخصیص ناکارآمد منابع.

دسترسى محدود به مراقبت‌های بهداشتی

عوامل وسیعی به محدود شدن دسترسى بیماران به مراقبت‌های بهداشتی منجر می‌شود. یکی از این عوامل دسترسى جغرافیایی محدود است. در بسیاری از کشورهای بزرگ مانند روسیه، کانادا، ایالت متحده آمریکا، برزیل و استرالیا، به علت سطح تراکم پایین جمعیت، تامین مداوم خدمات بهداشت روان مناسب در سرتاسر کشور غیرممکن است. برای مثال، دوسوم جمعیت ایالت متحده آمریکا در شهرهایی زندگی می‌کنند که فقط ۳/۵ درصد وسعت کل کشور را تشکیل می‌دهند. این بدان معنی است که مناطق غیر شهری (که ۹۶/۵ درصد از سطح زمین‌های ایالت متحده را تشکیل می‌دهند و در حدود ۱۲۰ میلیون آمریکایی در آنها زندگی می‌کنند) تراکم جمعیت به ۳۴ نفر در هر مایل مربع محدود است. برای مقایسه، این عدد در غرب اروپا به جمعیتی نه چندان بزرگتر (در حدود ۱۹۵ میلیون نفر) به ۴۶۳ نفر در هر مایل مربع می‌رسد.

یکی از موانع دیگر در دریافت کردن مراقبت‌های بهداشتی، محدودیت‌های فرهنگی است. هنگامی که بیماران و درمانگران فرهنگ مشابهی ندارند و یا حتی نمی‌توانند به یک زبان صحبت کنند، ارائه کردن حمایت بهداشت روان کار پیچیده‌ای می‌شود و چالشی که بسیاری از کشورهای پیشرفته با آن مواجه هستند، افزایش بی‌سابقه مهاجرت جهانی است. به نقل از سازمان بین‌المللی مهاجرت (IOM)^۱ در حال حاضر ۲۴۴ میلیون نفر در کشورهایی که در آن متولد نشده‌اند زندگی می‌کنند. علاوه بر این، بر اساس مطالعه‌ای که توسط ون توربرجن و کلمین^۲ انجام شد (۱۱)، ۲۵

1. International Organization for Migration (IOM)
2. Van Tubergen and Kalmijn

درصد از جمعیت مهاجران یا زبان کشور میزبان خود را نمی‌دانند و یا نمی‌توانند به خوبی به آن زبان صحبت کنند و این وضعیت پس از افزایش سریع تعداد پناهندگان بدتر هم شده است. چنانچه در حال حاضر ۲۲ میلیون نفر در سراسر جهان به علت جنگ با بلایای طبیعی کشور خود در کشورهای دیگر سرگردان شده‌اند. در بسیاری از موارد این پناهندگان نمی‌توانند مقصد نهایی خود را تعیین کنند و بنابراین نمی‌توانند خود را برای یادگیری زبان جدید کشور میزبان آماده کنند. این موضوع به این دلیل مشکل ساز می‌شود که پناهندگان به ویژه در ابتلا به افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) آسیب‌پذیر هستند و احتمالاً برای آنها در کشور میزبان هیچگونه حمایتی محیا نیست.

عامل دیگری که دسترسی بیماران به منابع سلامت روان را محدود کرده است، مشکلات مالی است. بر اساس گزارشی از سوی اداره خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد ایالت متحده آمریکا (SAMHSA)^۱ بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی که مراقبتی برای مشکل خود دریافت نکرده‌اند، عنوان کرده‌اند که قادر به پرداخت هزینه درمان نبوده‌اند. درمان مؤثر برای اختلالات روانی، روان‌درمانی است که برای اکثریت بیماران گران و غیرقابل دسترس است. برای مثال یک دوره روان‌درمانی شامل ۱۲ تا ۱۵ جلسه با نرخ ۱۵۰ تا ۲۰۰ دلار آمریکا در ساعت است. یکی از بزرگترین چالش‌ها این است که در بسیاری از کشورها و حتی در کشورهایی مانند کانادا که خدمات بهداشت عمومی در آن رایگان است، روان‌درمانی از طریق بیمه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی حمایت نمی‌شود. به همین دلیل هر سال ۹۵۰ میلیون دلار کانادا توسط کانادایی‌ها، شرکت‌های بیمه و هیات‌های پاداش کارمندان به روانشناسان خصوصی پرداخت می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از این پول به صورت هزینه پیش‌بینی نشده از بیماران دریافت می‌شود که نشان‌دهنده بار مضاعفی است که به این افراد وارد می‌شود. دیده شده است که در صورت حذف چنین موانعی بسیاری از بیماران درصدد دریافت درمان برای رفع مشکلاتشان خواهند بود. برای مثال، بر اساس آمار ارائه شده از سوی مرکز آمار بهداشت ایالت متحده پس از وضع

1. US Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

شدن قانون مراقبت‌های مقرون به صرفه (ACA)^۱ که هم‌تراز با مراقبت‌های بهداشت جسمانی، شرکت‌های بیمه را به پوشش دادن مراقبت‌های بهداشت روانی ملزم کرد، درصد بیماران مبتلا به اختلالات روانی جدی که در ۱۲ ماه گذشته نیازمند به دریافت مراقبت‌های بهداشت روان بودند ولی به علت عدم تمکن مالی مراقبتی دریافت نمی‌کردند، در سال ۲۰۱۲ به ۲۸/۴ درصد و در سال ۲۰۱۵ به ۱۶/۷ درصد تقلیل یافت (۵).

از دیگر عوامل مهم دیگری که بیماران را از دریافت خدمات بهداشتی محروم می‌کند استیگما یا برچسب اجتماعی منسوب شده از سوی مراکز خدمات بهداشتی است. بنا به گزارش اداره خدمات بهداشت روان و سوءمصرف مواد در سال ۲۰۱۲، ۳۰ درصد از بیماران آمریکایی به سبب استیگمای بیماری و نحوه‌ای که این برچسب زندگی آنها را در جامعه تحت تأثیر قرار می‌دهد، از دریافت خدمات بهداشت روان خودداری کردند. چنین برچسب‌هایی به ویژه زمانی که نظر هم‌قطاران و همکاران مهم تلقی می‌شود (مانند جمعیت نوجوانان و نظامیان) حائز اهمیت است. به گفته محققانی همچون ایورسن^۲ و همکارانش (۸)، در ارتش‌یان شایع‌ترین موانع برای جستجوی معالجه در حیطه سلامت روان به برچسب‌های مرتبط با این اختلالات مربوط است. برای مثال بیش از ۷۰ درصد مصاحبه‌شوندگان اظهاراتی همچون «ممکن است اعتماد اعضای گروه از من کم شود» یا «رئیس من ممکن است با من به طرز متفاوتی رفتار کند» داشته‌اند. متأسفانه به نظر می‌رسد حتی پس از ترک کردن ارتش نیز این مشکل همچنان بر جای باقی می‌ماند. در گزارشی که به تازگی توسط نیروی دفاع استرالیا منتشر شده است ۴۶ درصد از کهنه سربازان این ارتش در پنج سال اخیر معیار تشخیصی ۱۲ ماهه را برای یک اختلال روان دریافت کرده‌اند. چنین آماری با در نظر گرفتن این موضوع که در ایالات متحده آمریکا ۱۸ تا ۲۲ سرباز در روز به سبب خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، هشدار دهنده‌تر است.

1. Affordable Care Act (ACA)

2. Iversen

تخصیص ناکارآمد منابع

علاوه بر موانع محدودکننده دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی روان، سرویس‌های خدماتی موجود نیز از توزیع مکفی و مؤثر برخوردار نیستند. سرویس‌های خدمات سلامت روان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه به شدت با کمبود بودجه روبه‌رو هستند. تقریباً ۲۸ درصد کشورها برای سلامت روان بودجه اختصاصی ندارند و در این میان ۳۷ درصد آنهایی هم که چنین بودجه‌ای دارند، کمتر از یک درصد از بودجه خدمات بهداشتی را به سلامت روان اختصاص می‌دهند. حتی در کشورهای توسعه‌یافته‌تر، اختلاف زیادی بین بار اقتصادی بیماری‌های روانی و هزینه تخصیص یافته به سلامت و پژوهش در این زمینه وجود دارد. به عنوان مثال، در کانادا هر سال بیماری‌های روانی ۲۶ درصد از فشار اقتصادی مربوط به کل بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. با این حال تنها ۷ درصد از بودجه بهداشت عمومی به این بیماری‌ها اختصاص یافته است که مشابه همین وضعیت نیز در تخصیص بودجه پژوهشی درباره این بیماری‌ها به چشم می‌خورد. برای مثال، با وجود این واقعیت که بیماری‌های سلامت روان بخش اعظم فشار اقتصادی مرتبط با بیماری‌ها و بیشترین هزینه مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص داده‌اند، ولی بودجه اختصاصی به موسسه ملی بهداشت روان (NIMH) تنها پنج درصد از بودجه موسسه ملی سلامت (NIH) (۱/۶ میلیارد دلار آمریکا) را شامل می‌شود، درحالی که بیماری‌های قلبی، سرطان و دیابت به ترتیب ۱/۳ میلیارد دلار، ۵/۷ میلیارد دلار و یک میلیارد دلار آمریکا از بودجه تحقیقاتی موسسه ملی سلامت (NIH) را به خود اختصاص داده‌اند. توجه داشته باشید که مجموع هزینه‌های درمانی دیابت و سرطان کمتر از هزینه بیماری‌های سلامت روان است.

سرویس‌های خدماتی سلامت روان علاوه بر بودجه ناکافی، با کمبود کارکنان نیز مواجه هستند. برای مثال، در ایالت متحده آمریکا به ازای ۱۱۶۰۰ نفر تنها یک روانپزشک وجود دارد و با توجه به اینکه در هر سال از هر پنج نفر، یک نفر به مراقبت‌های بهداشتی روان احتیاج دارد، تقریباً ۲۳۲۰ بیمار به روانپزشک مراجعه می‌کنند. علاوه بر کمبود تعداد روانپزشکان، توزیع آنها نیز نامتوازن است. بر اساس

پژوهش آندریلا و همکاران (۲)، در آمریکا ۶۵ درصد از مناطقی که کلان‌شهر نیستند، روانپزشک ندارند. مشکل فراتر از عدم حضور روانپزشک است: تقریباً ۵۰ درصد و بیش از ۸۰ درصد از مناطقی که کلان‌شهر نیستند فاقد روانشناسان و روان پرستاران هستند و این اعداد در مناطق کلان‌شهر به ترتیب ۱۹ و ۴۱ درصد است.

توزیع ناکافی و نامناسب در سرویس خدمات بهداشت روان موجب شده است که زمان انتظار ملاقات با درمانگر طولانی‌تر شده است. متوسط زمان انتظار برای ملاقات با یک روانپزشک در ۱۵ شهر اصلی ایالت متحده تقریباً یک ماه است. بدیهی است که تقاضای درمان در کشورهایمانند انگلستان و یا کانادا که مراقبت‌های بهداشت عمومی دارند، بالاتر و به همین نسبت زمان انتظار برای ملاقات نیز بیشتر است و حتی در مواردی افراد مجبور هستند برای ملاقات با یک روانپزشک از شش ماه تا یک سال به انتظار بنشینند. کمبود عرضه خدمات به دلیل بالا بودن میزان غیبت از ملاقات‌های درمانی در بیماران نوبت داده‌شده، پیچیده‌تر نیز می‌شود. بالغ بر ۳۵ درصد قرار ملاقات‌های روانپزشکی صورت نمی‌گیرد که ائتلاف وقت ارزشمند درمانگران را نیز در پی دارد. جالب است که بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که زمان انتظار برای ملاقات با درمانگر مهم‌ترین پیش‌بین عدم حضور بیماران در قرار ملاقات درمانی است (۷)، که موجب شکل‌گیری یک دور باطل متشکل از زمان ملاقات طولانی‌تر و در نتیجه بالاتر رفتن نرخ عدم حضور بیماران می‌شود.

راه‌حل

با گسترش روز افزون کاربرد اینترنت، یکی از روش‌هایی که برای پُر کردن شکاف درمان به کار می‌رود، کاربرد درمان‌های روانپزشکی آنلاین است. با ارائه چنین خدماتی دیگر مشکل محدودیت جغرافیایی دسترسی به درمان وجود ندارد. همچنین با کمک گرفتن از درمانگران با گروه‌های فرهنگی همخوان، می‌توان بر موانع فرهنگی غلبه کرد. برای مثال، یک درمانگاه آنلاین می‌تواند به نحو مؤثری به پناهندگان بی‌جا و مکان و ملیت واحد که در کشورهای متعدد پخش شده‌اند (مانند پناهندگان سوری که در بسیاری از کشورهای متعدد اروپایی با زبان‌های مختلف پخش شده‌اند) خدمات ارائه

کند. همچنین ارائه خدمات آنلاین از طریق کاهش هزینه‌های سرسام‌آور موجب بیشتر شدن استطاعت افراد در استفاده از این خدمات می‌شود. برای مثال، هزینه مراجعه یک بیمار به درمانگاه در ایالت متحده آمریکا در هر ملاقات حدود ۳۵ دلار است. با استفاده از درمان‌های آنلاین و صرفه‌جویی در هزینه ملاقات درمانی می‌توان در حدود ۳۵ درصد از هزینه درمان را کاهش داد. این اعداد و ارقام در درمانگاه‌های بزرگ‌تر یا بیمارستان‌ها خیلی بیشتر است و برای مثال، بیماران حداقل صد دلار کانادا برای هر ملاقات باید بپردازند. چنین پس‌اندازی در یک سیستم خدماتی سنگین بهداشت عمومی می‌تواند تفاوت عظیمی در هزینه‌های وارد شده به بیماران ایجاد کند. استفاده از یک سیستم آنلاین موجب می‌شود که برای کارمندی که در گرفتن مرخصی درمانی با محل کارشان مشکلاتی دارند، با لحاظ کردن تنظیم زمانی انعطاف‌پذیر، امکان دسترسی به سلامت روان مهیا شود (۵ و ۹). علاوه بر این، بیماران با کاربرد تکنولوژی آنلاین مجبور نیستند تا در مطب درمانگر حضور پیدا کنند که منبع اصلی ننگ مرتبط با دریافت درمان^۱ است. همچنین استفاده از یک سیستم آنلاین می‌تواند به حفظ حریم خصوصی بیماران بیانجامد و بدین ترتیب آنها می‌توانند بدون دیده شدن توسط دیگران از خدمات درمانی استفاده کنند.

همچنین خدمات آنلاین ممکن است برای مشکل توزیع نامناسب خدمات بهداشت روان راه‌حلی‌هایی ارائه کند. برای مثال در کانادا، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در تورنتو ۶۳ روانپزشک وجود دارد. در حالی که در مناطق پایین‌تر، این میزان معادل ۷ روانپزشک در ازای همین تعداد از افراد است. این اختلال موجب حجم کاری نابرابر برای روانپزشکان نیز می‌شود. یک روانپزشک در تورنتو در سال ۱۰۵ بیمار جدید و ۷۶ بیمار پیگیری‌کننده را ملاقات می‌کند. این میزان در مورد روانپزشکان مناطق محروم به ترتیب ۲۳۳ و ۱۹۸ بیمار است. با استفاده از روش‌های آنلاین در ارائه خدمات بهداشتی، می‌توان پوشش خدماتی مناسب و یکنواخت‌تری برای مناطق تحت خدمات فراهم کرد. با اینکه انجام دادن مراقبت‌های بهداشتی به روش آنلاین می‌تواند بر بسیاری از موانع دسترسی به درمان غلبه کند، ولیکن اجرای چنین خدماتی به شکل

مرسوم فردبه‌فرد^۱ حتی از طریق رسانه‌های آنلاین، برای رفع نارسایی و ناکارآمدی درمان مناسب نیست.

رفع کردن نارسایی و ناکارآمدی سیستم ارائه خدمات بهداشتی مستلزم به‌کارگیری رویکردهای نوآورانه در زمینه سلامت روان و نیز توسعه دادن تکنیک‌های درمانی جدید است. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، مهم‌ترین چالشی که در اینجا مطرح است نبودن زمان کافی (تعداد ارائه‌کنندگان خدمات روان نسبت به دریافت‌کنندگان این خدمات کم است) و حتی در اغلب موارد، هدر رفتن زمان درمانی موجود (توسط بیمارانی که سر وقت نیستند) می‌باشد. حال آنکه عقل سلیم می‌گوید که افزایش زمان درمان (افزایش دادن تعداد روانپزشکان، روانشناسان و غیره)، به کارگیری روش‌های جدیدتر به کوتاه شدن زمان لازم برای هر بیمار و به همین ترتیب به گسترش ظرفیت فعلی جهت پوشش دهی تعداد بیشتری از بیماران منجر خواهد شد. علاوه بر این، ضروری است از کاهش یافتن زمان درمانی هدررفته اطمینان حاصل شود.

یک راه حل دیگر، جایگزین کردن درمان زنده و رودررو (مراقبت هم‌زمان^۲) با تکنیک‌های درمانی آفلاین و غیر هم‌زمان است (مراقبت ناهم‌زمان^۳). برای به حداکثر رسانیدن زمان درمانی، می‌توان در طی زمان از دست رفته^۴ درمانگر (مانند ملاقات درمانی ازدست‌رفته) جلسات درمانی معمول را با مراقبت‌های ناهم‌زمان ترکیب و تکمیل نمود، زیرا از این طریق برنامه^۴ درمانگر به برنامه^۴ بیمار محدود نمی‌شود و حداقل می‌توان تا ۳۰ درصد افزایش راندمان و ظرفیت سیستم را انتظار داشت. یک راه‌حل دیگر برای افزایش کارایی درمانی این است که زمان درمان زنده و رودررو فقط برای بازخورد شخصی و خصوصی به یک بیمار صرف شود و در ارائه هرگونه بازخورد غیرشخصی و عمومی در کمک به آموزش بیماران، از تکنولوژی‌های آنلاین استفاده شود.

درمان شناختی رفتاری (CBT) یکی از درمان‌هایی است که می‌توان آن را به راحتی به صورت الکترونیکی به کار برد و با تمام مشخصات ذکرشده در بالا متناسب است.

1. Person- to- person form
2. Synchronous care
3. Asynchronous care
4. Therapist'sdowntime

درمان شناختی رفتاری یکی از پرکاربردترین و آزموده شده‌ترین انواع روان‌درمانی‌ها است و برای درمان بسیاری از اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیتی و اختلال استرس پس‌آسیبی، وسواس جبری عملی مؤثر است. اثربخشی CBT در درمان اختلالات خلقی و اضطرابی جز در مواردی مانند وسواس جبری عملی با دارودرمانی قابل مقایسه است (۶) بنابراین، خط اول درمان چنین اختلالاتی محسوب می‌شود. همچنین تکنیک‌های ساختارمند CBT، آن را برای اجرای آنلاین و کاربرد فناوری‌های چندرسانه‌ای در کمک کردن و آموزش دادن به بیماران مناسب کرده است.

اکثر بیماران مبتلا به اختلالات روانی از اختلالات خلقی و اضطرابی رنج می‌برند. به عنوان مثال، بیش از چهار میلیون نفر از جمعیت ۶/۷ میلیون نفری کانادایی مبتلا به اختلالات روانی از اختلالات خلقی و اضطرابی رنج می‌برند. با توجه به اینکه CBT خط اول درمان چنین اختلالاتی محسوب می‌شود، برخی از پژوهش‌های اخیر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری آنلاین بر چنین بیمارانی پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات تحقیقاتی از کارایی و اثربخشی CBT در درمان اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی به شدت حمایت می‌کند (۱). مقالات مروری متاآنالیز نشان می‌دهند که تکنیک‌های CBT آنلاین بسیار مقرون به صرفه هستند و انعطاف‌پذیری جغرافیایی و زمانی، انتظار کمتر برای درمان، استیگمای کمتر و افزایش درمان‌خواهی در بین بیماران را فراهم می‌کنند (۹ و ۳). علاوه بر این، CBT آنلاین برای افزایش دادن تبعیت از درمان^۱ و افزایش رضایت از درمان در بین بیماران پیشنهاد شده است. مهم‌تر از همه اینکه در درمان بیماران مبتلا به اضطراب، نتایج درمانی حاصل از CBT آنلاین هم‌تراز با روان‌درمانی‌های زنده (رو در رو) اعلام شده است (۴). همچنین برای درمان‌گرانی که از CBT آنلاین استفاده می‌کنند، بیش از ۷۰ تا ۸۰ درصد صرفه‌جویی قابل توجه در زمان درمانی دیده شده است که موجب کاهش هزینه و افزایش ظرفیت درمانی می‌شود (۹). این تکنیک‌ها به ویژه در مناطق روستایی که به خدمات معمول مراقبت‌های سلامت روان دسترسی محدودتری دارند، مناسب است (۱۰).