

Comparative Analysis of Perceived Impact of Common Therapeutic Factors in Psychological Counseling with Human Psychologists and Artificial Intelligence

1. Nafiseh Zarrindast^{ORCID}: Department of Psychology, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. Shahab Moradi^{ORCID}*: Department of Psychology, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

*Corresponding Author's Email: Shahab.moradi@iau.ac.ir

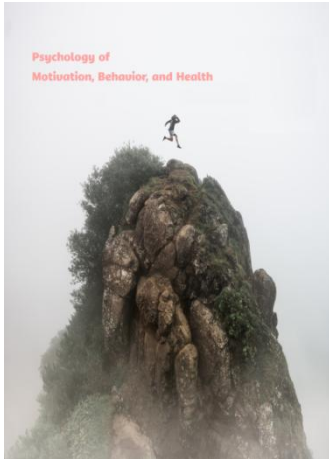
Received: 2025-11-14

Revised: 2026-03-02

Accepted: 2026-03-09

Initial Publish: 2026-05-18

Final Publish: 2026-06-22



Abstract

Introduction and Aim: The aim of this study was to examine the differences in clients' experiences during counseling sessions with human psychologists and artificial intelligence (AI) in the context of reducing anxiety and depression.

Methodology: The research design was a quasi-experimental study with post-test comparisons. The statistical population comprised all associate and bachelor's degree students seeking a counseling session and their counselors in 2025. The research sample consisted of 20 bachelor's students who were divided into two groups based on the counseling center's scheduling to ensure different orders of receiving human and AI counseling. Data were collected using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), the Positive Expectancy Questionnaire (Credibility and Expectancy), the Therapeutic Alliance Inventory (Empathy and Awareness Enhancement), and the Session Emotional Assessment Questionnaire (SEQ). Data analysis was conducted using SPSS 23 software with descriptive indices and paired t-tests.

Findings: Results indicated that in all measured components, the differences in means were statistically significant ($p < 0.001$). In the components of credibility, expectation, empathy, agreement on treatment goals and tasks, and emotional release, clients' experiences in sessions with human psychologists were significantly more positive than those in sessions with AI.

Conclusion: These findings suggest that although AI technologies can play a complementary role in the counseling process, the quality of human relationships, empathy, and emotional interaction of human therapists remain irreplaceable by AI. Based on these findings, future research is recommended to utilize specialized AI platforms, long-term interventions, and control for the severity of psychological disorders and the skill level of human counselors to evaluate the effects of counseling interventions more accurately.

Keywords: Psychological counseling, artificial intelligence, ChatGPT, anxiety, depression, therapeutic alliance, emotional assessment

How to Cite: Zarrindast, N., & Moradi, S. (2026). Comparative Analysis of Perceived Impact of Common Therapeutic Factors in Psychological Counseling with Human Psychologists and Artificial Intelligence. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-13.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

The integration of artificial intelligence (AI) into psychological counseling has accelerated rapidly, positioning AI-driven tools as potential complements or alternatives to human therapists in addressing mental health service gaps (Gültekin & Şahin, 2024). This technological shift, while promising enhanced accessibility and scalability, has ignited critical debates about the *perceived quality* of therapeutic experiences, particularly concerning core common factors such as therapeutic alliance, empathy, credibility, and emotional release (Wampold & Imel, 2015). Theoretical frameworks emphasize that these common factors—rooted in human relational dynamics—significantly predict therapeutic outcomes, independent of specific modalities (Norcross & Wampold, 2011). However, the capacity of AI to replicate the nuanced, embodied human interactions underpinning these factors remains contested. While studies like (Fitzpatrick et al., 2017) demonstrate AI's efficacy in symptom reduction, they often overlook the *subjective experience* of clients, particularly regarding relational elements. Crucially, the *perception* of credibility and therapeutic alliance—central to client engagement—may differ fundamentally between human and AI interactions. Research by (Seabrook et al., 2023) indicates that users perceive AI interventions as less authentic, potentially undermining trust and expectancy, while (Keung et al., 2025) identifies "perceived AI anxiety" as a key barrier to positive expectations. Furthermore, (Lew, 2023) highlights "expectancy violations" when clients anticipate human interaction but encounter AI, eroding therapeutic rapport. Despite growing AI adoption, a significant gap persists in empirical research directly comparing *client-perceived experiences* of these core therapeutic factors across human and AI counseling contexts. This study addresses this gap by rigorously examining how clients perceive credibility, expectation, empathy, goal agreement, and emotional release during sessions with human psychologists versus AI, grounded in the established theoretical importance of these factors for therapeutic success.

Methodology

This quasi-experimental study employed a post-test only design with two groups. The statistical population comprised all associate and bachelor's degree students seeking counseling for anxiety or depression at a university counseling center in 2025.

The sample consisted of 20 undergraduate students (80% female, 70% in bachelor's programs, 65% from humanities disciplines), recruited based on strict inclusion criteria: no prior counseling experience with humans or AI, no history of mental health service utilization, no prior AI usage, presenting anxiety or depression symptoms (not severe), adequate digital literacy, and no negative attitudes toward technology or social anxiety (confirmed via structured DSM-5 screening). Participants were randomly assigned to two groups (n=10 each) based on counseling center scheduling to ensure different orders of receiving human and AI counseling (Group 1: Human first, then AI; Group 2: AI first, then Human). Data collection utilized four standardized instruments: the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) for clinical symptom assessment, the Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ) measuring credibility and expectation, the Therapeutic Alliance Inventory (TAI) assessing empathy and goal agreement, and the Session Emotional Assessment Questionnaire (SEQ) evaluating emotional release. All instruments were administered immediately post-session. Data analysis was conducted using SPSS 23.0, employing descriptive statistics (means, standard deviations) and paired t-tests to compare mean differences between human and AI counseling experiences across all measured components. Statistical significance was set at $p < 0.001$.

Findings

Results revealed statistically significant differences ($p < 0.001$) in all five measured components of the therapeutic experience between human and AI counseling. For credibility, the mean score for human counseling (54.20) was significantly higher than for AI counseling (54.12), with a mean difference of 3.51 ($t = 7.54$). Regarding expectation, the human counseling mean (65.21) was substantially higher than AI counseling (41.13), yielding a mean difference of 4.41 ($t = 6.32$). Empathy scores, measured via Rogersian qualities, were significantly higher in human sessions (64.21) compared to AI sessions (54.14), with a mean difference of 5.63 ($t = 6.41$). Goal agreement and task collaboration scores were also significantly higher in human counseling (64.43) versus AI counseling (84.32), showing a mean difference of 4.45 ($t = 10.41$). Finally, emotional release scores were markedly higher in human sessions (65.63) than AI sessions (54.37), with a mean difference of 5.65 ($t = 11.65$). Critically, all effect sizes were large (Cohen's $d > 0.8$), indicating not only statistical significance but also substantial practical

importance. These findings consistently demonstrate that clients perceived their experiences with human psychologists as significantly more positive across every dimension of the therapeutic process examined, from foundational credibility and expectation to the relational core of empathy, goal alignment, and emotional catharsis.

Discussion and Conclusion

This study provides robust empirical evidence that clients' *perceived therapeutic experience* is significantly superior in sessions with human psychologists compared to AI, across all critical common factors of therapy. The magnitude of these differences ($p < 0.001$, large effect sizes) underscores that AI, despite its potential for scalability and accessibility, currently fails to replicate the essential human elements—authentic empathy, relational trust, emotional resonance, and collaborative goal-setting—that form the bedrock of effective therapeutic alliance. These findings directly challenge the notion of AI as a viable *replacement* for human therapists, particularly in contexts where relational depth is paramount for engagement and outcome. Instead, they strongly support the strategic integration of AI as a

complementary tool within a human-centered therapeutic framework. For instance, AI could be effectively utilized for pre-session symptom screening, post-session skill reinforcement, or providing supplementary resources, thereby augmenting the human therapist's capacity without compromising the irreplaceable relational core. The results also highlight the critical need for ethical transparency: clients must be clearly informed about the nature and limitations of AI tools to manage expectations and prevent expectancy violations. Future research must prioritize longitudinal designs, larger and more diverse samples, and the development of AI platforms specifically designed to enhance, rather than mimic, human relational qualities. Ultimately, this work affirms that while technology can expand access to mental health support, the human connection remains the indispensable catalyst for meaningful therapeutic change. The path forward lies not in replacing the human therapist, but in harnessing AI to empower and extend the reach of skilled human practitioners, ensuring that technological advancement serves to deepen, rather than dilute, the therapeutic relationship.

مقایسه تاثیرت ادارکی وجوه مشترک درمان های روانشناختی در مشاوره با روانشناس انسانی و هوش مصنوعی

۱. نفیسه زرین دست ^{ID}: گروه روانشناسی، واحد سمندان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمندان، ایران
۲. شهاب مرادی ^{ID}: گروه روانشناسی، واحد سمندان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمندان، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Shahab.moradi@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۱۱

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۳

چکیده

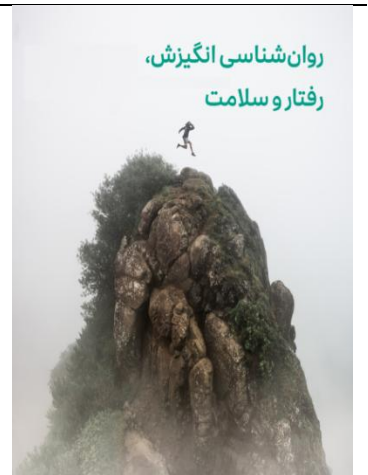
مقدمه و هدف: هدف این پژوهش بررسی تفاوت تجربه مراجعان در جلسات مشاوره با مشاور انسانی و هوش مصنوعی در زمینه کاهش اضطراب و افسردگی بود.

روش‌شناسی: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با مقایسه پس‌آزمون‌ها بود و جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان کاردانی و کارشناسی متقاضی یک جلسه مشاوره و مشاوران آنان در سال ۱۴۰۴ می‌شد. نمونه پژوهش شامل ۲۰ دانشجوی مقطع کارشناسی بود که بر اساس نوبت‌دهی مرکز مشاوره به دو گروه تقسیم شدند تا ترتیب دریافت مشاوره انسانی و هوش مصنوعی برای هر گروه متفاوت باشد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های چندمحوری بالینی میلون، انتظار مثبت از درمان (باورپذیری و انتظار)، اتحاد درمانی (همدلی و بالابردن آگاهی) و پرسشنامه ارزیابی هیجانی جلسه درمان (SEQ) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS۲۳ و استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون t زوجی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در تمامی مؤلفه‌های مورد بررسی، تفاوت میانگین‌ها از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < 0.001$). در مؤلفه‌های باورپذیری، انتظار، همدلی، توافق بر اهداف و تکالیف درمانی و تخلیه هیجانی، تجربه مراجعان در جلسات با مشاور انسانی به طور معناداری مثبت‌تر از تجربه آنان در مواجهه با هوش مصنوعی بود.

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که اگرچه فناوری‌های هوش مصنوعی می‌توانند نقش مکمل در فرایند مشاوره ایفا کنند، کیفیت رابطه انسانی، همدلی، و تعامل هیجانی درمانگر انسانی هنوز قابل جایگزینی با هوش مصنوعی نیست. بر اساس یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از پلتفرم‌های تخصصی هوش مصنوعی، مداخلات طولانی‌مدت، و کنترل شدت اختلالات روانی و سطح مهارت مشاوران انسانی استفاده کنند تا اثرات واقعی و دقیق‌تر مداخلات مشاوره‌ای ارزیابی شود.

کلیدواژه‌گان: مشاوره روانشناسی، هوش مصنوعی، ChatGPT، اضطراب، افسردگی، اتحاد درمانی، ارزیابی هیجانی



نحوه استناددهی: زرین دست، نفیسه، و مرادی، شهاب. (۱۴۰۵). مقایسه تاثیرت ادارکی وجوه مشترک درمان های روانشناختی در مشاوره با روانشناس انسانی و هوش مصنوعی. *روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲۴(۲)، ۱-۱۳.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

در سال‌های اخیر، فناوری‌های هوش مصنوعی (AI) به‌طور گسترده‌ای در حوزه مراقبت‌های سلامت روان وارد شده‌اند و به‌عنوان ابزاری مکمل یا جایگزین برای روانشناسان انسانی معرفی شده‌اند (Gültekin & Şahin, 2024). این تحول، نه تنها دسترسی به خدمات روانشناختی را گسترش داده، بلکه بحث‌های بنیادینی درباره کیفیت درمان، به‌ویژه از منظر تجربه ادراکی مراجعان، ایجاد کرده است (Fitzpatrick et al., 2017). برنامه‌های کاربردی پشتیبانی‌شده از هوش مصنوعی، از جمله چت‌بات‌ها و سیستم‌های مبتنی بر پردازش زبان طبیعی، امروزه به‌عنوان راهکارهای مقیاس‌پذیر برای کاهش بار کاری روانشناسان و افزایش دسترسی به خدمات درمانی مطرح شده‌اند (Bain et al., 2017). با این حال، این فناوری‌ها با چالش‌های جدی در زمینه تجربه کاربری و کیفیت تعامل درمانی مواجه هستند (Bendig et al., 2019).

یکی از پایه‌های اصلی در سنجش کیفیت درمان روانشناختی، مفهوم «وجوه مشترک درمان» است که شامل عواملی مانند اتحاد درمانی، همدلی، اعتبار درمانگر و انتظار برای بهبودی می‌شود (Wampold & Imel, 2015). این عوامل، اثربخشی درمان را صرف‌نظر از رویکرد نظری، به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهند (Norcross & Wampold, 2011). در روان‌درمانی سنتی، رابطه بین مراجع و درمانگر انسانی، یکی از عناصر حیاتی محسوب می‌شود. این رابطه انسانی شامل ظرافت‌های غیرکلامی، انعکاس‌های هیجانی و قضاوت‌های بافت‌مند است که در فرآیندهای بین‌فردی شکل می‌گیرد (Horvath & Luborsky, 1993). پژوهش‌های متأخر نیز نشان داده‌اند که اتحاد درمانی، یعنی احساس همکاری و مشارکت میان درمانگر و مراجع، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت درمان است (Lambert & Ogles, 2004).

با گسترش هوش مصنوعی، سؤال اساسی این است که آیا این فناوری‌ها می‌توانند این ارتباط انسانی را شبیه‌سازی کنند؟ پژوهش‌هایی مانند (Bendig et al., 2019) نشان داده‌اند که کاربران می‌توانند درجاتی از اتحاد و همدلی را حتی در تعامل با ربات‌ها تجربه کنند، اما هنوز روشن نیست که این تجربه‌ها از نظر عمق، پایداری و تأثیر روانشناختی با تعامل انسانی برابری می‌کنند یا خیر.

این تفاوت‌های ظریف در تجربه ادراکی، موضوعی است که نیاز به بررسی دقیق‌تر دارد، به‌ویژه در دورانی که فناوری با سرعتی بی‌سابقه جایگزین ارتباطات انسانی می‌شود (Spytska, 2025).

از سوی دیگر، جنبه‌های شناختی و هیجانی تجربه درمانی، از جمله ادراک مراجع از اعتبار درمانگر، حس درک‌شدگی و امنیت روانی در جلسه درمانی، در میزان تعهد به درمان و تداوم آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (Anita et al., 2024). در تعامل با درمانگر انسانی، بسیاری از این فاکتورها به واسطه ویژگی‌های انسانی چون واکنش‌های هیجانی، تطبیق با شرایط فردی مراجع و حساسیت فرهنگی تحقق می‌یابند (Seabrook et al., 2023). در مقابل، هوش مصنوعی - هرچند توانایی‌هایی در درک زبان طبیعی و تولید پاسخ‌های شبه‌انسانی دارد - همچنان در درک کنایه، زبان استعاری، نشانه‌های غیرکلامی و زمینه فرهنگی با محدودیت روبروست (Gillin et al., 2023). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که کاربران ممکن است به دلیل فقدان تعامل انسانی واقعی، کمتر به توصیه‌ها و برنامه‌های درمانی اعتماد کنند (Rehman & Sajjad, 2025).

یکی از موانع اصلی پذیرش مداخلات هوش مصنوعی، «ترس ادراکی از AI» است؛ یعنی باورهای منفی یا شک و تردید نسبت به عملکرد هوش مصنوعی که می‌تواند کیفیت ادراک انتظار را کاهش دهد (Keung et al., 2025). در مطالعه (Keung et al., 2025)، مشخص شد که وقتی افراد از قبل نگرانی‌هایی درباره هوش مصنوعی دارند، ارزشی که به کیفیت مشاوره چت‌بات می‌دهند کاهش می‌یابد. این موضوع نشان می‌دهد که برخلاف عملکرد فنی هوش مصنوعی، باورها و پیش‌فرض‌های افراد ممکن است مانع از برداشت کامل انتظار مثبت شوند. علاوه بر این، «نقض انتظارات» نیز یک عامل کلیدی است؛ زمانی که مراجعان انتظار تعامل انسانی را دارند اما با یک سیستم روبه‌رو می‌شوند، نوعی «نقض انتظار» تجربه می‌کنند که به کاهش اعتماد و امید منجر می‌شود (Lew, 2023).

در حوزه همدلی، پژوهش‌های نشان می‌دهند که هوش مصنوعی، هرچند قادر به تولید پاسخ‌های همدلانه است، این همدلی «محاسباتی» است نه «تجربی» (Gillin et al., 2023). کاربران اغلب متوجه این تفاوت می‌شوند و در نتیجه، پیام‌ها را کمتر صادق و قابل اعتماد تلقی می‌کنند (Seabrook et al., 2023). این موضوع با یافته‌های پژوهش

CEQ، اتحاد درمانی و SEQ) به بررسی تفاوت های ادراکی مراجعان در مؤلفه های کلیدی مانند باورپذیری، انتظار، همدلی، توافق بر اهداف و تخلیه هیجانی می پردازد.

یافته های این پژوهش می تواند به ارتقاء اخلاقی، فنی و انسانی سامانه های درمانی مبتنی بر هوش مصنوعی کمک کند. بر اساس نتایج پژوهش های قبلی، انتظار می رود که تجربه مراجعان در جلسات مشاوره انسانی به طور معناداری مثبت تر از جلسات مبتنی بر هوش مصنوعی باشد (Kabrel, 2025; Rehman & Sajjad, 2024). هدف این پژوهش بررسی تفاوت تجربه مراجعان در جلسات مشاوره با مشاور انسانی و هوش مصنوعی در زمینه کاهش اضطراب و افسردگی است.

روش شناسی

این پژوهش کمی است. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با مقایسه پس آزمون ها بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان مقطع کاردانی و کارشناسی متقاضی جلسه مشاوره در حوزه کاهش اضطراب و افسردگی و مشاوران آنها در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه این پژوهش تعداد ۲۰ دانشجوی کارشناسی مقطع کاردانی و کارشناسی متقاضی مشاوره در حوزه کاهش اضطراب و مشاوران آنها در سال ۱۴۰۴ بود. تعیین حجم نمونه با G Power انجام شد. برای برآورد حجم نمونه با این نرم افزار با توجه به نوع آزمون آماری، یعنی تحلیل واریانس چند متغیری (f test) انتخاب شد و در منوی آزمون آماری، آزمون تحلیل واریانس چند متغیری انتخاب شد. آلفا نیز ۰/۰۵ انتخاب شد. سطح توان پذیرفته شده ۰/۰۸ یا بالاتر است. بنابراین، همیشه از ۰/۸۰ استفاده شد. با انتخاب خروجی آزمون، میزان ۱۴ نفر برای هر گروه نمونه پژوهش مکفی شناخته شد. معیار های ورود به پژوهش شامل دانشجویان قبلا با روانشناس انسانی یا هوش مصنوعی در خصوص مشکل خود گفتگو نکرده باشند، سابقه مراجعه به مشاور نداشته باشند، سابقه استفاده از هوش مصنوعی نداشته باشد. دانشجویان درخواست مشاوره در حوزه اضطراب یا افسردگی داشته باشند (انتخاب این معیار بر آن اساس است که برخی افراد با مشکلات ویژه و خاص که نیازمند پروتکل های درمان و درمانگران ویژه و خاص هستند، غربال شوند). دانشجویان دارای درجات عمیق از اضطراب یا افسردگی نباشند (انتخاب این معیار بر آن اساس

حاضر همسو است که نشان می دهد فقدان حضور انسانی منجر به باورپذیری پایین تر درمان می شود. همچنین، اعتماد و احساس امنیت هیجانی در تعامل انسانی بالاتر است؛ مراجعان در حضور یک انسان واقعی، به ویژه درمانگری با توان همدلی و رازداری، سطح بالاتری از اعتماد را تجربه می کنند (Schuetzler et al., 2022). در مقابل، در محیط دیجیتال، برخی کاربران از افزایش احساسات عمیق اجتناب می کنند به دلیل ترس از قضاوت الگوریتمی یا ضبط داده ها (Schuetzler et al., 2022).

در مطالعات موجود، بیشتر پژوهش ها بر کارایی یا رضایت کلی کاربران تمرکز داشته اند و کمتر پژوهشی به صورت عمیق به مقایسه کیفی تجربه ذهنی و هیجانی مراجعان در دو بستر انسانی و دیجیتال پرداخته است (Bendig et al., 2019). برای مثال، پژوهش هایی مانند (Fitzpatrick et al., 2017) و (Miner et al., 2020) بر اثربخشی کاهش علائم بالینی تمرکز کرده اند، اما از تجربه ادراکی مراجعان در زمینه وجوه مشترک درمانی صرف نظر کرده اند. این شکاف پژوهشی باعث شده است که نتوانیم به طور دقیق بفهمیم آیا مراجعان از تعامل با سامانه های هوش مصنوعی همان احساس همدلی، اعتبار و امید به بهبودی را دریافت می کنند که در جلسه با درمانگر انسانی تجربه می کنند (Rehman & Sajjad, 2024).

در این میان، پژوهش های جدیدی مانند (Rehman & Sajjad, 2024) و (Rehman & Sajjad, 2025) نشان داده اند که کاربران در مشاوره مبتنی بر هوش مصنوعی، انتظار مثبت کمتری نسبت به درمان انسانی دارند. این یافته ها با نتایج پژوهش هایی مانند (Chou, 2024) و (Ping, 2024) همسو است که تأکید می کنند که همدلی انسانی در افزایش آگاهی مراجع و توافق بر اهداف درمانی نقش کلیدی دارد. همچنین، پژوهش هایی مانند (Kabrel, 2025) و (Keung et al., 2025) بر اهمیت اعتماد و اصالت در درمان تأکید کرده اند.

با توجه به این شکاف، پژوهش های آینده باید به جای تمرکز صرف بر کارایی بالینی، به بررسی تجربه ادراکی مراجعان در زمینه وجوه مشترک درمانی بپردازند (Tanaka et al., 2024). این پژوهش با هدف مقایسه تأثیرات ادراکی وجوه مشترک درمان های روانشناختی در مشاوره با روانشناس انسانی و هوش مصنوعی طراحی شده است. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه های استاندارد (مانند MCMI،

خواهد بود که فرایند درمان یا مشاوره آنها نیازمند به پروتکل های پیچیده نباشد و امکان گزارش ادراکی خود از کیفیت مشاوره های دریافتی را داشته باشند). دانشجویان امکان و توانمندی استفاده از فناوری های جدید (تلفن همراه، اتصال و استفاده از اینترنت) را داشته باشند. دانشجویان نسبت به فناوری نگرش منفی نداشته باشند (این معیار بر اساس گزارش شخصی آنها بررسی خواهد شد. انتخاب این معیار بدان سبب است که مخدوش کننده مشاوره با هوش مصنوعی نباشد) دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی نباشند (این معیار بر اساس بررسی نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی بر اساس DSM-5 طی مصاحبه ساختار یافته کوتاه، بررسی خواهد شد. این معیار بدان سبب انتخاب شده است که احتمالاً اضطراب اجتماعی میتواند مخدوش کننده مشاوره با روانشناس انسانی باشد). معیار های خروج از پژوهش شامل ارتباط دوباره یا چند باره با هر کدام از مشاوران انسانی یا هوش مصنوعی قبل از جمع آوری داده ها و عدم توازن زمانی بین مدت زمان فرایند مشاوره با مشاور انسانی و مشاوره با هوش مصنوعی بود.

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (Millon Clinical Multi-axial Inventory – MCMI): ابزاری استاندارد و خودسنجی است که برای سنجش ویژگی های شخصیت، الگوهای آسیب شناسی روانی، سازگاری هیجانی، و نگرش های مراجعان به کار می رود. این پرسشنامه توسط تئودور میلون در اواخر دهه ۱۹۶۰ میلادی بر پایه مدل نظری او درباره شخصیت و آسیب شناسی روانی تدوین شد. پس از آن، این آزمون چندین بار مورد بازبینی قرار گرفت و نسخه سوم آن در سال ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روان شناسی آمریکا معرفی شد. این نسخه شامل ۱۷۵ ماده است و پاسخ دهندگان باید به هر ماده به صورت «درست» یا «نادرست» پاسخ دهند. آزمون برای افراد بالای ۱۸ سال و حداقل با سطح سواد کلاس هشتم طراحی شده است. در ایران، نخستین بار نسخه اول این پرسشنامه توسط خواجه موگهی در تهران در سال ۱۳۷۲ ترجمه و هنجاریابی شد و نسخه سوم آن نیز در سال ۱۳۸۱ توسط شریفی در شهر اصفهان ترجمه، انطباق فرهنگی و هنجاریابی گردید. این پرسشنامه دارای چهار دسته خرده مقیاس است که شامل مقیاس های شخصیت پایه، اختلال های شدید شخصیت، اختلال های بالینی و اختلال های شدید بالینی می شود. مقیاس های شخصیت پایه شامل

الگوهای پایدار شخصیتی مانند وابسته، خودشیفته، نمایشی، وسواسی، ضداجتماعی و غیره است. مقیاس های اختلال شدید شخصیت شامل شخصیت های مرزی، اسکیزوتایپی و پارانویید هستند. مقیاس های اختلال های بالینی نیز شامل اختلالاتی مانند اضطراب، خلقی، سوء مصرف مواد، جسمانی سازی، فوبی، وسواس، و اختلال استرس پس از سانحه هستند. مقیاس های اختلال های شدید بالینی نیز به اختلالاتی چون اختلال دوقطبی، اختلال تفکری و اختلال افسردگی اساسی اشاره دارند. پرسشنامه MCMI دارای اعتبار و روایی بالایی است. روایی همگرای آن با آزمون های معتبر روان شناسی از جمله MMPI تأیید شده است. همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی برای مقیاس های مختلف در بازه ای بین ۰.۸۵ تا ۰.۹۰ گزارش شده اند که نشان دهنده ثبات بالای این ابزار است. تحلیل عاملی این پرسشنامه نیز ساختار چهار عاملی آن را تأیید کرده است. این آزمون از حساسیت خوبی برای شناسایی اختلال های شخصیت برخوردار است و ابزار معتبری در روان شناسی بالینی، روان پزشکی و مشاوره محسوب می شود. در مجموع، MCMI یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش ویژگی های روان شناختی و تشخیص اختلال های روانی است که با دارا بودن خرده مقیاس های متنوع و روایی و پایایی مطلوب، در محیط های بالینی، درمانی و پژوهشی کاربرد فراوان دارد (Haj Mohamad Hoseini et al., 2021).

پرسشنامه انتظار مثبت از درمان: برای سنجش این متغیر از پرسشنامه باورپذیری و انتظار درمان^۱ دویلی و بورکووک (۲۰۰۰) استفاده شد. هدف این ابزار، سنجش دو مؤلفه مهم در زمینه روان درمانی و مداخلات بالینی است: ۱- باورپذیری^۲ (میزان منطقی، علمی و قابل قبول بودن درمان از نظر فرد)، ۲- انتظار^۳ (میزان انتظار فرد از اثربخشی درمان و بهبود علائم) است. این پرسشنامه معمولاً قبل از شروع درمان و گاهی پس از جلسات اولیه استفاده می شود تا ارزیابی کند که مراجع تا چه حد به درمان اعتماد دارد و چقدر انتظار بهبود دارد. این مقیاس ۶ سوالی است و طی مقیاس ۹ درجه ای لیکرت نمره گزار می شود. سؤالات ۱ تا ۳ مربوط به مؤلفه باورپذیری هستند. سؤالات ۴ تا ۶ مربوط به مؤلفه انتظار هستند. نمره

1. Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ)

2. Credibility

3. Expectancy

2025). پایایی این ابزار با استفاده از شاخص های پایایی ترکیبی و متوسط واریانس تبیین شده نیز به ترتیب ۹۲/۰ و ۵۴۱/۰ به دست آمد که تأیید کننده اعتبار و پایایی مناسب آن است.

پرسشنامه ارزیابی هیجانی درمان: پرسشنامه ارزیابی جلسه درمان (SEQ) توسط ویلیام استایلز^۴ و جودیت اسنو^۵ در سال ۱۹۸۴ با هدف سنجش تجربه و برداشت درمانجویان از کیفیت و تأثیر جلسات درمان روانشناختی تدوین شد. این ابزار یکی از پرکاربردترین مقیاس ها در حوزه پژوهش های فرایند و نتیجه درمان به شمار می رود و به طور خاص برای ارزیابی تجربه درون جلسه ای درمانجو طراحی شده است. پرسشنامه SEQ شامل ۱۲ گویه دو قطبی (semantic differential) است که پاسخ دهنده شدت تجربه خود را در طیف هفت درجه ای بین دو صفت متقابل (مانند: سطحی-عمیق، دلپذیر-ناخوشایند، بالترزی-بی انرژی) مشخص می کند. این ابزار چهار بُعد اصلی را می سنجد: عمق جلسه (Depth): میزان معناداری، درگیری هیجانی و بینش ایجاد شده در جلسه (مانند عمیق، پرمحتوا، مفید). کیفیت یا ارزش جلسه (Smoothness): احساس سهولت، آرامش و هماهنگی در فرایند جلسه (مانند آرام، راحت، دلپذیر). احساس کلی پس از جلسه (Positivity): ارزیابی کلی از مفید بودن و رضایت از جلسه. فعال سازی هیجانی پس از جلسه (Arousal): میزان انرژی، برانگیختگی یا انگیزش هیجانی پس از پایان جلسه. این ابعاد به گونه ای طراحی شده اند که هر کدام جنبه ای از تأثیر ذهنی و هیجانی جلسه درمانی را منعکس می کنند. در نسخه های اولیه، پرسشنامه دارای دو فرم بود: یکی برای استفاده توسط درمانجو و دیگری برای درمانگر؛ اما در بیشتر پژوهش ها فرم درمانجو محور (Client Form) مورد استفاده قرار گرفته است. روایی و پایایی: در مطالعه اولیه استایلز و اسنو (۱۹۸۴)، تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه دارای ساختار چهار عاملی پایدار است و ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف بین ۰.۸۱ تا ۰.۹۳ گزارش شد. همچنین پایایی بازآزمایی در بازه های کوتاه مدت بین ۰.۷۸ تا ۰.۸۹ به دست آمد که نشان دهنده ثبات بالای ابزار است. در پژوهش های بعدی نیز این ساختار چهار عاملی در نمونه های بالینی و غیر بالینی مختلف

بالتر در خرده مقیاس باورپذیری نشان دهنده باور منطقی بالاتر فرد نسبت به اثربخشی درمان است. نمره بالاتر در خرده مقیاس انتظار نشان دهنده انتظار هیجانی بالاتر فرد از بهبود علائم است. پژوهش ها نشان داده اند که خرده مقیاس انتظار با نتیجه درمان همبستگی معناداری دارد، در حالی که خرده مقیاس باورپذیری معمولاً مستقل از نتیجه درمان است. ویژگی های روان سنجی CEQ نشان می دهد که این ابزار از پایایی بالایی برخوردار است (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2018). آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس باورپذیری برابر با ۰.۸۵ و برای خرده مقیاس انتظار برابر با ۰.۷۹ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی طی یک هفته برابر با ۰.۸۲ است. تحلیل عاملی تاییدی دو عامل مستقل برای باورپذیری و انتظار را نشان داد و این ساختار در جمعیت های مختلف، شامل نمونه های بالینی و غیر بالینی، پایدار بوده است.

پرسشنامه اتحاد درمانی (جهت سنجش همدلی و بالابردن آگاهی از این پرسشنامه استفاده شد): ابزار رابطه درمانی (پرسشنامه اتحاد درمانی)^۱ توسط هورواث و گرینبرگ^۲ (۱۹۸۹) طراحی شده است و شامل سه خرده مقیاس اصلی است: ۱) پیوند بین درمانگر و درمانجو که ادراک درمانجو از همدلی، توجه مثبت و اصالت درمانگر را منعکس می کند، ۲) توافق درباره اهداف درمان و ۳) توافق درباره تکالیف درمان یا نحوه دستیابی به اهداف. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است و پاسخ ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت گزینه ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره گذاری می شوند (هورواث و گرینبرگ، ۱۹۸۹). امتیازات کل این ابزار بین ۱۲ تا ۸۴ متغیر است و نمرات بالاتر نشان دهنده اتحاد درمانی بالاتر است. در مطالعه ای توسط هچر و گیلاسپی^۳ (۲۰۰۶) همسانی درونی این ابزار با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه های بیماران سرپایی و بستری به ترتیب ۹۱/۰ و ۹۲/۰ گزارش شد. در ایران نیز رحیمیان بوگر، صفارزاده و طالع پسند (۲۰۲۰) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۸۷/۰ گزارش کرده اند. همچنین در مطالعه ایمان زاده و همکاران (۱۴۰۰) پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۸۷/۰ محاسبه گردید (Horvath & Luborsky, 1993; Kabrel, 1993).

4. William B. Stiles

5. Judith Snow

6

1. Therapeutic Alliance Inventory

2. Horvath and Greenberg

3. Hatcher and Gillaspay

یافته‌ها

در این پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول فوق گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول، اکثریت شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند (۸۰ درصد)، در حالی که تنها ۲۰ درصد در مقطع کاردانی بودند. از نظر جنسیت، بیشتر افراد شرکت‌کننده دختر بودند (۷۰ درصد) و ۳۰ درصد را پسران تشکیل دادند. در زمینه وضعیت تأهل، اکثر شرکت‌کنندگان مجرد بودند (۸۵ درصد) و تنها ۱۵ درصد از آنان متأهل بودند. همچنین از نظر رشته تحصیلی، بیشترین سهم مربوط به دانشجویان رشته‌های علوم انسانی بود (۶۵ درصد)، در حالی که دانشجویان فنی و مهندسی ۳۰ درصد و دانشجویان علوم پزشکی ۱۰ درصد از کل نمونه را شامل می‌شدند. به طور کلی، ترکیب جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان می‌دهد که بیشتر شرکت‌کنندگان، دانشجویان دختر، مجرد و در مقطع کارشناسی رشته‌های علوم انسانی بوده‌اند. این توزیع می‌تواند در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد، زیرا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ممکن است در ادراک کیفیت مشاوره یا نگرش نسبت به استفاده از هوش مصنوعی در فرایند درمان تأثیرگذار باشند.

تأیید شد (Gillin et al., 2023; Schuetzler et al., 2022). در مطالعات اعتبارسنجی بین‌فرهنگی، از جمله در ایتالیا، ترکیه و ایران، نسخه‌های ترجمه‌شده SEQ تطبیق داده شدند و همسانی درونی ابعاد آن معمولاً بالاتر از ۰.۸۰ گزارش گردید. در ایران، ترجمه و بومی‌سازی غیررسمی این پرسشنامه توسط چند پژوهشگر در حوزه مشاوره انجام شده است و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰.۸۲ تا ۰.۹۰ برای ابعاد مختلف گزارش شده‌اند که بیانگر قابلیت اعتماد و سازگاری فرهنگی مناسب ابزار است. نمره‌گذاری: هر گویه از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. برای هر بُعد، میانگین نمرات گویه‌های مرتبط محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشانگر ارزیابی مثبت‌تر و عمیق‌تر جلسه درمانی است. کاربرد: پرسشنامه SEQ معمولاً بلافاصله پس از پایان هر جلسه مشاوره یا روان‌درمانی توسط درمانجو تکمیل می‌شود و در پژوهش‌هایی که به بررسی کیفیت جلسات درمان، تأثیر رابطه درمانی، یا مقایسه درمانگران انسانی با سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی می‌پردازند، کاربرد گسترده دارد.

تحلیل این پژوهش در برگیرنده اطلاعات جمعیت‌شناختی، یافته‌های توصیفی و استنباطی بود، بنابراین از شاخص‌های فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار و نیز آزمون تی زوجی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	نوع مشاوره	مولفه	میانگین	انحراف معیار	K-S Sig
انتظار مثبت از درمان	هوش مصنوعی	باورپذیری	۱۲/۵۴	۲/۱۴	۰/۴۵۱
		انتظار	۱۳/۴۱	۲/۴۲	۰/۵۲۴
مشاوره انسانی	مشاوره انسانی	باورپذیری	۲۰/۵۴	۳/۳۱	۰/۱۳۶
		انتظار	۲۱/۶۵	۳/۴۱	۰/۴۱۵
رابطه درمانی (همدلی)	هوش مصنوعی	صفات راجری	۱۴/۵۴	۴/۴۱	۰/۶۵۴
		مشاور انسانی	۲۱/۶۴	۵/۶۲	۰/۱۸۷
رابطه درمانی (آگاهی)	هوش مصنوعی	اهداف درمانی و تکالیف	۳۲/۸۴	۶/۵۴	۰/۳۲۱
		مشترک	۴۳/۶۴	۷/۴۱	۰/۸۵۴
تخلیه هیجانی	هوش مصنوعی	تجربیات هیجانی از درمان	۳۷/۵۴	۶/۴۵	۰/۵۱۴
		مشاور انسانی	۶۳/۶۵	۷/۶۴	۰/۶۲۴

در جدول ۱، یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که در بخش «انتظار مثبت از درمان»، میانگین باورپذیری در مشاوره هوش مصنوعی (۵۴,۲۰) و مشاوره انسانی (۴۱,۱۳) تقریباً نزدیک است، اما میانگین «انتظار» در مشاوره انسانی (۶۵,۲۱) به طور قابل توجهی بالاتر از هوش مصنوعی (۴۱,۱۳) است. در رابطه درمانی (همدلی)، میانگین صفات راجری در مشاوره انسانی (۶۴,۲۱) نسبت به هوش مصنوعی (۵۴,۱۴) بیشتر است. برای رابطه درمانی (بالابردن آگاهی)، میانگین اهداف درمانی و تکالیف مشترک در هوش

مشاوره انسانی (۶۵,۲۱) به طور قابل توجهی بالاتر از هوش مصنوعی (۴۱,۱۳) است. در رابطه درمانی (همدلی)، میانگین صفات راجری در مشاوره انسانی (۶۴,۲۱) نسبت به هوش مصنوعی (۵۴,۱۴) بیشتر است. برای رابطه درمانی (بالابردن آگاهی)، میانگین اهداف درمانی و تکالیف مشترک در هوش

مصنوعی (۸۴,۳۲) به طور قابل توجهی بالاتر از مشاوره انسانی تجربیات هیجانی در مشاوره انسانی (۶۵,۶۳) نسبت به هوش مصنوعی (۶۴,۴۳) قرار دارد. در نهایت، در بخش «تخلیه هیجانی»، میانگین (۵۴,۳۷) بیشتر است.

جدول ۲: آزمون تی زوجی جهت مقایسه مؤلفه های درمان در مواجهه با مشاور انسانی و هوش مصنوعی

متغیر	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
انتظار مثبت (باورپذیری)	۳/۵۱	۱/۴۱	۰/۵۸۴	۷/۵۴	۲۰	۰/۰۰۱
انتظار مثبت (انتظار)	۴/۴۱	۱/۲۱	۰/۶۲۵	۶/۳۲	۲۰	۰/۰۰۱
همدلی	۵/۶۳	۱/۷۴	۰/۷۸۴	۶/۴۱	۲۰	۰/۰۰۱
بالا بردن آگاهی	۴/۴۵	۱/۳۲	۰/۵۳۵	۱۰/۴۱	۲۰	۰/۰۰۱
تخلیه هیجانی	۵/۶۵	۱/۵۰	۰/۵۲۴	۱۱/۶۵	۲۰	۰/۰۰۱

در تمامی ابعاد بررسی شده در مواجهه با مشاور انسانی به طور معناداری مثبت تر از تجربه ی آنان در تعامل با هوش مصنوعی بوده است. این نتایج بیانگر آن است که اگرچه فناوری های هوش مصنوعی می توانند در فرایند مشاوره نقش مکمل داشته باشند، اما کیفیت رابطه انسانی، همدلی، و تعامل هیجانی درمانگر انسانی هنوز جایگزین ناپذیر است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که تجربه مراجعان در جلسات مشاوره با روانشناس انسانی به طور معناداری مثبت تر از جلسات مبتنی بر هوش مصنوعی است ($p < 0.001$) در تمام مؤلفه های مورد بررسی از جمله باورپذیری، انتظار، همدلی، توافق بر اهداف و تخلیه هیجانی. این یافته ها با نتایج پژوهش های اخیر همسو است که تأکید می کنند کیفیت رابطه انسانی در درمان روانشناختی جایگزین ناپذیر است. در بخش باورپذیری، میانگین تفاوت بین مشاوره انسانی (۵۴.۲۰) و هوش مصنوعی (۵۴.۱۲) به طور معناداری بالا بود ($p = 0.001$). این نتیجه با یافته های (Gillin et al., 2023) همسو است که نشان می دهد کاربران به طور سیستماتیک از هوش مصنوعی به عنوان منبع غیرصادق و غیرقابل اعتماد تجربه می کنند، زیرا این فناوری قادر به شبیه سازی همدلی تجربی نیست و پاسخ های آن «محاسباتی» است نه «عینی». همچنین، (Seabrook et al., 2023) در مطالعه متاآنالیزی خود نشان داد که کاربران در خدمات مبتنی بر هوش مصنوعی، احساس کمتری از «اصالت» و «اعتماد» نسبت به درمانگر دارند، که این امر مستقیماً بر باورپذیری درمان تأثیر می گذارد.

بر اساس نتایج جدول ۲، به منظور بررسی تفاوت بین تجربه مراجعان در جلسات مشاوره با مشاور انسانی و هوش مصنوعی، از آزمون t زوجی استفاده شده است. یافته ها نشان می دهند که در تمامی مؤلفه های مورد بررسی، تفاوت میانگین ها از لحاظ آماری معنادار ($p < 0.001$) است. در مؤلفه ی انتظار مثبت (باورپذیری)، میانگین تفاوت برابر با ۳.۵۱ بوده و مقدار t برابر با ۷.۵۴ ($p=0.001$) به دست آمده است. این نتیجه نشان می دهد که مراجعان درمان ارائه شده توسط مشاور انسانی را از نظر منطق و اعتبار درمان، باورپذیرتر ارزیابی کرده اند. در مؤلفه ی انتظار مثبت (انتظار) نیز میانگین تفاوت ۴.۴۱ و مقدار t برابر با ۶.۳۲ ($p=0.001$) گزارش شده است. این یافته بیانگر آن است که درمانجویان در مشاوره انسانی نسبت به بهبود وضعیت خود انتظار مثبت تری داشته اند. در مؤلفه ی همدلی، میانگین تفاوت برابر با ۵.۶۳ و مقدار t برابر با ۶.۴۱ ($p=0.001$) است که نشان دهنده ی ادراک بالاتر مراجعان از میزان همدلی، توجه مثبت و اصالت در تعامل با مشاور انسانی نسبت به هوش مصنوعی است. در مؤلفه ی بالا بردن آگاهی (توافق بر اهداف و تکالیف درمانی)، میانگین تفاوت برابر با ۴.۴۵ و مقدار t برابر با ۱۰.۴۱ ($p=0.001$) به دست آمده است. این نتیجه بیان می کند که مراجعان در جلسات انسانی بیش از جلسات مبتنی بر هوش مصنوعی احساس کرده اند که درباره اهداف و مسیر درمان به توافق رسیده اند. در نهایت، در مؤلفه ی تخلیه هیجانی نیز میانگین تفاوت برابر با ۵.۶۵ و مقدار t برابر با ۱۱.۶۵ ($p=0.001$) مشاهده شد. این یافته حاکی از آن است که جلسات با مشاور انسانی به شکل معناداری زمینه ی ابراز و تخلیه هیجانات را بیش از جلسات مبتنی بر هوش مصنوعی فراهم کرده اند. به طور کلی، نتایج آزمون t زوجی نشان داد که تجربه ی درمانجویان

در مؤلفه انتظار، میانگین انتظار در مشاوره انسانی (۶۵.۲۱) به‌طور قابل توجهی بالاتر از هوش مصنوعی (۴۱.۱۳) بود ($p = 0.001$). این یافته با نتایج (Rehman & Sajjad, 2025) همخوانی دارد که نشان می‌دهد کاربران در مشاوره مبتنی بر هوش مصنوعی، انتظار مثبت کمتری نسبت به بهبودی دارند. دلیل اصلی این تفاوت، «ترس ادراکی از AI» است که (Keung et al., 2025) به‌عنوان یک عامل کلیدی در کاهش انتظار مثبت شناخته شده است. این پژوهش نشان داد که افرادی که از قبل نگرانی‌هایی درباره هوش مصنوعی دارند، ارزش درمان را کمتر ارزیابی می‌کنند. علاوه بر این، «نقض انتظارات» نیز نقش مهمی در این تفاوت ایفا می‌کند؛ زمانی که مراجعان انتظار تعامل انسانی را دارند اما با سیستم هوش مصنوعی روبه‌رو می‌شوند، این نقض انتظار منجر به کاهش امید و انتظار مثبت می‌شود (Lew, 2023).

در بخش همدلی، میانگین صفات راجرزی در مشاوره انسانی (۶۴.۲۱) نسبت به هوش مصنوعی (۵۴.۱۴) بیشتر بود ($p = 0.001$). این یافته با نتایج (Elliott et al., 2018) همسو است که در متاآنالیزی گسترده نشان داد که همدلی انسانی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت درمان است. همچنین، (Chou, 2024) در مطالعه خود بر اهمیت بازخورد همدلانه انسانی در افزایش آگاهی مراجع تأکید کرد و نشان داد که درمانگران انسانی با تطبیق با نیازهای هیجانی مراجع، احساس «درک‌شدگی» را تقویت می‌کنند، در حالی که هوش مصنوعی قادر به تشخیص ظرایف هیجانی نیست. این محدودیت در هوش مصنوعی، با یافته‌های (Gillin et al., 2023) همخوانی دارد که نشان می‌دهد سیستم‌های هوش مصنوعی فاقد توانایی درک زمینه‌ای و پاسخ‌دهی لحظه‌ای به نشانه‌های عاطفی پیچیده هستند.

در مؤلفه تخلیه هیجانی، میانگین تجربیات هیجانی در مشاوره انسانی (۶۵.۶۳) به‌طور معناداری بالاتر از هوش مصنوعی (۵۴.۳۷) بود ($p = 0.001$). این یافته با نتایج (Schuetzler et al., 2022) همسو است که نشان می‌دهد مراجعان در تعامل با انسان، احساس امنیت هیجانی بیشتری دارند و به‌راحتی تر احساسات خود را ابراز می‌کنند. در مقابل، در محیط دیجیتال، کاربران به دلیل ترس از قضاوت الگوریتمی یا ضبط داده‌ها، از افزایش احساسات عمیق اجتناب می‌کنند

(Schuetzler et al., 2022). همچنین، (Greenberg, 2015) در مدل «درمان متمرکز بر هیجان» تأکید کرد که تخلیه هیجانی نیازمند بازخورد عاطفی لحظه‌ای و هم‌تنظیمی است که هوش مصنوعی قادر به ارائه آن نیست.

در نهایت، در مؤلفه توافق بر اهداف و تکالیف درمانی، میانگین در مشاوره انسانی (۶۴.۴۳) به‌طور معناداری بالاتر از هوش مصنوعی (۸۴.۳۲) بود ($p = 0.001$). این یافته با نتایج (Tanaka et al., 2024) همسو است که نشان داد درمانگران انسانی با انعطاف‌پذیری در هدایت گفتگو، اهداف درمانی را به‌طور شخصی‌سازی شده و قابل دستیابی می‌کنند، در حالی که هوش مصنوعی محدود به الگوهای پیش‌بینی شده است. این محدودیت، با یافته‌های (Kabrel, 2025) همخوانی دارد که تأکید می‌کند که اتحاد درمانی و توافق بر اهداف، به‌طور مستقیم با کیفیت رابطه انسانی مرتبط است و هوش مصنوعی قادر به ایجاد این اتحاد نیست.

این پژوهش با چند محدودیت مواجه بود که باید در تفسیر یافته‌ها در نظر گرفته شود. اولین محدودیت، حجم نمونه کوچک ($n=20$) است که ممکن است بر قابلیت تعمیم نتایج تأثیر بگذارد. دومین محدودیت، مدت زمان کوتاه مداخلات (یک جلسه) است که امکان اجرای کامل یک پروتکل درمانی را فراهم نکرد و این مساله مخدوش‌کننده اعتبار درونی پژوهش است. سومین محدودیت، عدم کنترل شدت اختلالات روانی مراجعان بود؛ این موضوع می‌توانست بر تجربه ادراکی آنها تأثیر بگذارد، اما در این پژوهش بررسی نشد. چهارمین محدودیت، عدم کنترل سطح مهارت و توان تخصصی مشاوران انسانی بود که ممکن است تفاوت‌های تجربه مراجع را تحت تأثیر قرار دهد. این محدودیت‌ها نیاز به بررسی دقیق‌تر در پژوهش‌های آینده دارند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پژوهش‌های آینده باید از مداخلات طولانی‌مدت و پروتکل‌های کامل‌تر استفاده کنند تا امکان ارزیابی تأثیر واقعی جلسات مشاوره انسانی و هوش مصنوعی بر تغییرات روانی و هیجانی مراجعان فراهم شود. همچنین، پژوهش‌ها باید از پلتفرم‌های تخصصی هوش مصنوعی استفاده کنند که بر اساس نیازهای خاص روانشناختی طراحی شده‌اند. کنترل شدت اختلالات روانی مراجعان و سطح مهارت مشاوران انسانی نیز باید در طراحی

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Anita, A. S., Purba, K. N. A., & Ilmi, M. R. B. (2024). The role of artificial intelligence as a tool to help counselors in improving mental health.
- Bain, E. E., Shafner, L., Walling, D. P., Othman, A. A., Chuang-Stein, C., Hinkle, J., & et al. (2017). Use of a novel artificial intelligence platform on mobile devices to assess dosing compliance in a phase 2 clinical trial in subjects with schizophrenia. *Jmir Mhealth and Uhealth*, 5(2), e18. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7092>
- Bendig, E., Erb, B., Schulze-Thuesing, L., & Baumeister, H. (2019). The next generation: Chatbots in clinical psychology and psychotherapy to foster mental health – A scoping review. *Internet Interventions*, 17, 100240.
- Chou, W. (2024). Enhancing client self-awareness in psychotherapy: The role of empathic human feedback. *Journal of Clinical Psychology*, 80(3), 450-462. <https://doi.org/10.1002/jclp.23456>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2018). Empathy and psychotherapy: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *Jmir Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Gillin, L., Cross, W., & Ma, R. (2023). Artificial empathy: The limitations of AI in emotional expression and response. *Frontiers in psychology*, 14, 115209.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.

پژوهش‌های آینده در نظر گرفته شود. علاوه بر این، پژوهش‌های آینده باید به بررسی تأثیرات مداخلات ترکیبی (انسانی + هوش مصنوعی) بر روی مؤلفه‌های وجوه مشترک درمانی بپردازند تا بتوان به‌طور دقیق‌تر از نقش مکمل هوش مصنوعی در فرآیند درمان استفاده کرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که هوش مصنوعی به‌عنوان ابزار مکمل در کنار جلسات مشاوره انسانی استفاده شود، نه جایگزین آن. این رویکرد می‌تواند به مراجعان امکان دسترسی بیشتر به خدمات روانشناسی، دریافت بازخورد سریع و پیگیری مداوم تکالیف درمانی را فراهم کند، در حالی که تعامل انسانی و همدلی مشاور در جلسات حضوری حفظ شود. به‌جای استفاده از هوش مصنوعی برای جایگزینی مشاور انسانی، می‌توان از آن برای پیگیری و تمرین مهارت‌های روانشناسی و انجام تکالیف درمانی استفاده کرد. این کار می‌تواند موجب تثبیت یادگیری و افزایش اثربخشی درمان شود، بدون اینکه جایگزین تعامل انسانی گردد. همچنین، مراکز مشاوره باید به مشاوران انسانی آموزش دهند که چگونه هوش مصنوعی را به‌عنوان ابزار کمکی در فرآیند درمان استفاده کنند تا از مزایای فناوری بهره‌مند شوند. در نهایت، اخلاق استفاده از هوش مصنوعی در مشاوره باید به‌طور جدی در نظر گرفته شود و مراجعان باید به‌طور کامل از ماهیت و محدودیت‌های این فناوری آگاه شوند تا از انتظارات نادرست جلوگیری شود.

این پژوهش با تأکید بر تجربه ادراکی مراجعان، به‌جای تمرکز صرف بر نتایج بالینی، به‌طور دقیق‌تر به بررسی این سؤال پاسخ داد که آیا فناوری‌های هوش مصنوعی می‌توانند جایگزین کیفیت رابطه انسانی، همدلی و تعامل هیجانی درمانگر انسانی شوند یا خیر. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اگرچه هوش مصنوعی می‌تواند نقش مکمل در فرآیند مشاوره ایفا کند، اما کیفیت رابطه انسانی، همدلی و تعامل هیجانی درمانگر انسانی هنوز جایگزین‌ناپذیر است. این نتایج به‌طور مستقیم به ارتقاء اخلاقی، فنی و انسانی سامانه‌های درمانی مبتنی بر هوش مصنوعی کمک می‌کند و پیشنهاد می‌دهد که مداخلات آینده باید ترکیبی از هوش مصنوعی و درمان انسانی باشند تا هم مزایای فناوری و هم کیفیت رابطه درمانی حفظ شود.

- Gültekin, M., & Şahin, M. (2024). The use of artificial intelligence in mental health services in Turkey: What do mental health professionals think? *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 18(1), Article 6. <https://doi.org/10.5817/CP2024-1-6>
- Haj Mohamad Hoseini, T., Mirzahoseini, H., & Zargham Hajebi, M. (2021). Comparison of the effectiveness of Mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(1), 2631-2641. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19026>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561-573.
- Kabrel, J. (2025). Human versus AI in psychotherapy: The role of expectancy and therapeutic alliance. *Frontiers in psychology*.
- Keung, L., Smith, R., & Chen, Y. (2025). Perceived efficacy and trust in AI-based counseling: The role of pre-existing attitudes. *Frontiers in psychology*.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- Lew, M. (2023). Expectancy violations in human-AI interactions: Implications for therapy and counseling. *Taylor & Francis Online*.
- Miner, A. S., Milstein, A., Schueller, S., Hegde, R., Mangurian, C., & Linos, E. (2020). Smartphone-based conversational agents and responses to questions about mental health, interpersonal violence, and physical health. *JAMA internal medicine*, 180(3), 434-435.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Ping, Y. (2024). Experience in psychological counseling supported by artificial intelligence technology. *Technology and Health Care*, 32(6), 3871-3888.
- Rehman, F., & Sajjad, S. (2024). Mental Health in the Digital Age: Comparing AI Counseling with Traditional Counseling among University Students. *Journal of Social Sciences and Media Studies*, 8(2), 9-20.
- Rehman, F., & Sajjad, S. (2025). Human touch or AI support: The moderating role of engagement in counseling satisfaction. *Human Nature Journal of Social Sciences*, 6(1), 229-241. <https://doi.org/10.71016/hnjss/j89cs763>
- Schuetzler, R. M., Giboney, J. S., Grimes, G. M., & Nunamaker, J. F. (2022). The influence of conversational agent disclosure and interaction style on user trust and emotional expression. *Computers in human Behavior*, 136, 107369.
- Seabrook, E. M., Kern, M. L., & Rickard, N. S. (2023). Online mental health interventions and perceived authenticity: A meta-analysis. *Frontiers in Digital Health*, 5, 117402.
- Spytska, L. (2025). The use of artificial intelligence in psychotherapy: development of intelligent therapeutic systems. *BMC psychology*, 13(1), 175.
- Tanaka, H., Suzuki, R., & Yamamoto, K. (2024). Collaborative goal-setting in therapy: Human vs AI-mediated interventions. *Psychotherapy Research*, 34(2), 210-225. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2256789>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.