

اثربخشی و مقایسه گروه‌درمانی شناختی به شیوه منطقی - عاطفی - رفتاری و روش هومیوپاتی بر اختلال افسردگی زنان

فرناز نوابی فر^۱ - اصغر آقایی^۲ - ویکتوریا عمرانی فرد^۳
حمید افشار زنجانی^۴ - پدرام معینی^۵

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به شیوه منطقی - عاطفی - رفتاری با روش هومیوپاتی بر اختلال افسردگی زنان بود. به این منظور ۳۰ بیمار مبتلا به این اختلال از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانپزشکی نور شهر اصفهان که با نظر روانپزشک تشخیص افسردگی دریافت نموده و نیز از پرسشنامه افسردگی بک نمره‌ای بین ۱۷ تا ۳۰ کسب کرده بودند و هیچ‌گونه اختلال طبی دیگری نداشته و در حال حاضر تحت درمان دیگری قرار نداشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی ۱۵ نفری قرار گرفتند. جلسات گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی -

FNavabifar@yahoo.com

- 1- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی
- 2- دانشیار دانشگاه آزاد واحد خوراسگان
- 3- استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- 4- استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- 5- پزشک هومیوپات

عاطفی- رفتاری الیس به صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته بود. اعضای گروه هومیوپاتی نیز با اخذ مجوز از روانپزشک به پزشک هومیوپات ارجاع داده شده و به مدت ۶ ماه به صورت انفرادی تحت درمان با داروهای هومیوپاتی قرار گرفتند. پس از اتمام مداخلات، دو گروه آزمایش دوباره با این پرسشنامه به‌عنوان پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از: ارزیابی روانپزشکی طبق معیارهای DSM-IV-TR، پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه سنجش افسردگی بک. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در سطح توصیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس به‌منظور مقایسه تأثیر گروه‌درمانی شناختی و هومیوپاتی بر میزان افسردگی و از آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی دو روش مداخله به‌طور جداگانه استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که به‌کارگیری هر دو روش درمانی میزان افسردگی بیماران را کاهش داده است ($P \leq 0/05$). همچنین نتایج نشان داد بین دو روش درمان از نظر اثربخشی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

کلید واژه‌ها: افسردگی، گروه درمانی شناختی، روش منطقی — عاطفی - رفتاری، هومیوپاتی.

مقدمه

هر انسانی در طول دوران زندگی‌اش ممکن است به علت بروز مشکلات عاطفی، اجتماعی، شغلی، مالی و خانوادگی و یا حتی مشکلات جسمانی به‌ویژه بیماریهای مزمن حدی از افسردگی^۱ را تجربه کند. به همین دلیل شیوع افسردگی در تمام جوامع بالا ارزیابی می‌شود (هایگریس^۲، ۱۹۹۶). به‌طور کلی، شیوع افسردگی در دنیا بین ۸ تا ۱۵ درصد گزارش می‌شود، به خصوص شیوع افسردگی در بین زنان بیش از ۲۰ درصد گزارش شده است، یعنی دو برابر مردان (هایگریس، ۱۹۹۶؛ کامر^۳، ۱۹۹۷؛ بتیا و بتیا^۴، ۱۹۹۹).

1 – Depression

2 – Higuera

3 – Comer

4 – Bhatia & Bhatia

در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به‌ویژه در بین زنان بالاتر از سایر اختلالات گزارش شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ صادقی و همکاران، ۱۳۷۹).

در خصوص اهمیت و ضرورت این پژوهش می‌توان گفت عوارض و محدودیت‌های داروهای ضد افسردگی و نیز ترجیح بیماران و درمانگران برای درمان‌های غیردارویی، لزوم ایجاد روان‌درمانی‌های مؤثر و مناسب با علایم بیماری و فرهنگ اجتماعی این بیماران را مطرح کرده است. هنوز چالش‌های عمده پژوهشی در خصوص اثربخشی روان‌درمانی این بیماران وجود دارد (مارکویتز^۱، ۱۹۹۶). از سوی دیگر استفاده از شیوه‌های متنوع در درمان از جمله الزامات درمانی است، زیرا در مواردی که یک روش درمانی موفقیت‌آمیز نیست، درمانگر قادر است روش درمان را تغییر دهد و از داروی دیگر و یا حتی روش درمانی دیگری استفاده کند. از آنجا که بهترین روش درمان افسردگی برای هر فرد، روشی است که بیشترین تأثیر و کمترین عوارض جانبی را داشته باشد، بررسی و مطالعه روشهای متنوع درمان و استفاده بجا از هر کدام از این روشها می‌تواند احتمال درمان و بهبود را افزایش دهد. اگرچه مطالعات فراوانی در خصوص اثربخشی روشهای مختلف درمان افسردگی انجام شده با این حال نتایج ضد و نقیضی در مورد اثربخشی این درمانها گزارش شده که طبعاً نمی‌توانند پاسخ قاطعی در مورد کارایی روشهای درمان افسردگی ارائه دهند. در این میان، شیوه‌های مختلف درمانهای شناختی از جوانب مختلف بررسی شده‌اند که اکثر این مطالعات در زمینه مقایسه درمانهای روان‌شناختی با دارودرمانی بوده است، اما در زمینه درمانهای طب کل‌نگر تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. بنابراین نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی و مقایسه این روشهای درمانی در درمان افسردگی، به ویژه زمانی که استفاده از روشهای دارودرمانی امکانپذیر نیست، می‌تواند درمانهای مورد نظر را به‌عنوان درمان‌هایی بدون عوارض جانبی و یا با عوارض جانبی کمتر معرفی نماید. از آنجا که تاکنون اکثر پژوهش‌های انجام شده مرتبط با افسردگی، در زمینه مقایسه درمانهای روان‌شناختی با دارودرمانی به‌خصوص استفاده از داروهای شیمیایی صورت گرفته، پژوهش حاضر احتمالاً به‌عنوان اولین پژوهش انجام شده در زمینه مقایسه

انربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری الیس به‌عنوان یک شیوه روان‌شناختی با روش درمانی هومیوپاتی که یکی از شیوه‌های طب کل‌نگر است خواهد بود. امید است که این پژوهش مقدمه‌ای برای انجام پژوهش‌های وسیع‌تر در این زمینه باشد.

اختلال افسردگی براساس چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ انجمن روانپزشکان آمریکا^۲ با علایمی چون خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، کندی روانی - حرکتی، خستگی یا نبود انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش توانایی تمرکز و تفکر بی‌تصمیمی و افکار تکرار شونده در مورد مرگ ظاهر می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۱). برای مقابله با افسردگی رویکردهای درمانی مختلفی مورد استفاده درمانگران واقع می‌شود. برخی از متداول‌ترین درمانهای افسردگی عبارت‌اند از دارودرمانی، درمان به وسیله شوک الکتریکی^۳، رفتار درمانی^۴، روان تحلیل‌گری^۵، درمانهای حمایتی^۶، روان‌درمانی بین‌فردی^۷ و شناخت‌درمانی^۸. در بین این درمانها شناخت درمانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. شناخت درمانی دارای پشتوانه محکمی از مشاهدات بالینی منظم، آزمونهای تجربی، امکان پژوهش و فرمول‌بندی‌های نظری است که آن را از سایر رویکردهای درمانی ممتاز ساخته است (پروچاسکا و نورکراس^۹، ۱۳۸۱). در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرض‌های اساسی شناخت‌درمانی این است که افراد برحسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. دیگر شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند. از این‌رو هدف عمده شناخت‌درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است، بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار

1 – Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

2 – American Psychiatrists Association

4 – Behavior Therapy

6 – Supportive Therapy

8 – Cognitive Therapy

3 – Electro Convulsive Therapy

5 – Psychoanalysis

7 – Interpersonal Psychotherapy

9 – Prochaska & Norcross

مراجعه از راه تغییر در الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید (سیف، ۱۳۷۷). از سوی دیگر یک راهبرد اصلی برای مؤثرتر کردن درمان ارائه درمان در گروه است (فری^۱، ۱۳۸۴). گروه‌درمانی^۲، یکی از شیوه‌های برخورد با اشخاصی است که دچار مشکلات عاطفی و سازشی هستند. این نوع درمان برای تجدید سازمان نیروهای روانی دارای اهمیت بسزایی دارد (شفیع‌آبادی، ۱۳۷۵). گروه‌درمانی برای هر گروه از بیماران قابل استفاده است. معمولاً اغلب بیمارانی که به گروه وارد می‌شوند از افسردگی‌های خفیف تا متوسط رنج می‌برند که ناشی از واکنش آنها نسبت به مسائل و مشکلات اولیه آنهاست و اغلب اوقات پس از چند جلسه از شدت افسردگی اشخاص کاسته می‌شود (احمدی، ۱۳۶۸). همان‌طور که پیشتر اشاره گردید، یکی از روشهای موفق در درمان مشکلات عاطفی شناخت درمانی است. شناخت درمانی انواع متفاوتی دارد که یکی از انواع آن روش منطقی - عاطفی - رفتاری است. درمان منطقی-عاطفی- رفتاری آلبرت الیس^۳ شیوه‌ای جامع در درمان است که مشکل فرد را از سه دیدگاه شناختی، عاطفی و رفتاری مورد نظر قرار می‌دهد و سعی می‌کند که با ایجاد شناخت مطلوب در فرد، تأثیرات مثبت و منطقی، عاطفی و رفتاری در او ایجاد کند تا فرد عاطفی برخورد کند و رفتار مطلوبی داشته باشد (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۷۸).

الیس نظریه خود را به سیستمی ساده خلاصه می‌کند که مراحل شناختی را که مراجعه‌کنندگان طی می‌کنند نشان می‌دهد:

- A. Active Event): یک اتفاق فعال‌کننده در زندگی یک مراجعه‌کننده (بیمار) رخ می‌دهد.
 B. (Beliefs): افکار و عقاید در مورد اتفاقات به کمک مراجعه‌کننده تدوین و تنظیم می‌شود.
 C. (Consequences): نتایج شناختی (منطقی یا غیرمنطقی) در بیمار روی می‌دهد.
 D. (Dispute): جدال با عقاید غیرمنطقی. بیمار و درمانگر با عقاید غیرمنطقی راجع به اتفاقات فعال‌کننده روبه‌رو می‌شوند.
 E. (Effect): اثر و نتیجه یک شناخت منطقی است که عقاید اولیه را تغییر می‌دهد (شارف^۴، ۱۹۹۶).

1 – Ferry

2 – Group Psychotherapy

3 – Albert Ellis

4 – Sharf

در حقیقت در این رویکرد فرد دو عقیده متفاوت را می‌شناسد: یکی از نظر احساسی مجاب‌کننده، ولی ناهنجار و دیگری از نظر عقلی مجاب‌کننده و مطلوب است. درمانگر فعالانه فرد را تشویق می‌کند که درباره عقایدی که در سالهای قبل داشته صحبت کند، به این طریق هم درمانگر و هم فرد می‌توانند مشخص کنند که کدام قسمت از اطلاعات احتیاج به بازسازی مجدد با روشهای مثبت دارد. سپس بعد از آنکه فرد در معلوم کردن عقایدش تلاش کرد درمانگر او را تشویق می‌کند که به جای آنها عقاید دیگری را که باور کردنی‌تر و منطقی‌تر است جایگزین کند (سیموس^۱، ۲۰۰۲). تأکید درمان بر روی بحث کردن باورهای غیرعقلانی است. مباحثه شامل زیر سؤال بردن وقایع و هیجانات مختلف به علت از بین بردن باورهای غیرعقلانی است (اوورهلسر^۲، ۲۰۰۳). برخی تحقیقات پیشین نشان‌دهنده تأثیر روشهای شناخت درمانی به ویژه درمان منطقی - عاطفی - رفتاری بر کاهش افسردگی هستند.

سیلورمن و همکاران^۳ (۱۹۹۲)، به‌منظور سنجش اثربخشی درمان منطقی - عاطفی، ۸۹ مطالعه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان منطقی - عاطفی در تمامی مطالعات کارآمد بوده و ۴۹ مورد از آنها یافته‌هایی مثبت دارد.

نتایج تحقیق لیف و همکاران^۴ (۱۹۹۲)، در مورد فواید مثبت و منفی سلامت روانی پس از گروه‌درمانی در گروهی از دانشجویان نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی و تأکید بر ورزش مداوم که به گروه درمانی شباهت دارد، افسردگی را در این گروه کاهش داده است.

نتایج پژوهش کوان و برونرو^۵ (۱۹۹۹)، در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب از طریق شیوه‌های درمان منطقی - عاطفی نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی در کاهش اضطراب و افسردگی موفق بوده است.

دیوید و همکاران^۶ (۲۰۰۸)، در پژوهشی به بررسی کارایی سه روش درمانی شناختی، روش منطقی - عاطفی - رفتاری و دارودرمانی پرداختند. نتیجه درمان در مرحله پیگیری

1 - Simos

2 - Overholser

3 - Silverman & et al

4 - Leaf et al

5 - Cowan & Brunero

6 - David & et al

۶ ماهه نشان داد، روش شناخت‌درمانی و روش منطقی-عاطفی-رفتاری به‌طور معناداری بهبود بالاتری را نشان داده‌اند.

سودانی (۱۳۷۵)، در تحقیقی تأثیر روشهای مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش منطقی-عاطفی را در کاهش باورهای غیرمنطقی گروهی از دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران مورد مقایسه قرار داد. به‌طور کلی نتایج تحقیق اساس نظریه ایس را تأیید می‌کند.

نتایج تحقیق فولادگر (۱۳۷۹)، با عنوان تأثیر مشاوره گروهی با استفاده از فنون منطقی-عاطفی-رفتاری بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی پسران بی‌سرپرست کانون امام صادق^(ع) شهرکرد بیانگر کاهش میزان افسردگی این گروه بود.

نتایج پژوهش نامجو (۱۳۸۱)، در مورد اثربخشی آموزش گروهی به شیوه شناختی به روش منطقی-عاطفی بر اختلالات خلقی (افسردگی و شیدایی) مددیاران زن بهزیستی شهر اصفهان، نشان داد این شیوه میانگین اختلالات خلق (افسردگی و شیدایی) را کاهش داده است.

از دیگر شیوه‌های درمان افسردگی استفاده از روشهای متعدد طب کل‌نگر^۱ است. هر چند علم پزشکی در ساخت داروهای جدید گام‌های بزرگی برداشته با این حال تعداد افرادی که از مصرف داروهای شیمیایی به دلیل برخی عوارض جانبی اجتناب کرده و نیز تمایلی به روان‌درمانی ندارند کم نیست. این افراد ترجیح می‌دهند افسردگی خود را با شیوه‌هایی که طبیعی‌تر به نظر می‌آیند کنترل کنند و بدین ترتیب شیوه‌های متعدد طب کل‌نگر را می‌پذیرند که شیوه هومیوپاتی^۲ از جمله آنهاست. هومیوپاتی یک درمان کل‌گرا است که کل شخص را به عنوان یک وجود واحد درمان می‌کند. اصطلاح هومیوپاتی از ترکیب دو واژه یونانی Homosis یا Homoion به معنای مشابه و همگون و Pathos به معنی حزن، رنج و یا حتی به شکل انگلیسی آن، بیماری تشکیل شده است (بهرامی، ۱۳۷۷).

حدود ۲۵۰۰ سال پیش بقراط^۳ اصول کلی «مشابه، مشابه را درمان می‌کند» را

1 – Holistic Medicine

2 – Homeopathy

3 – Hyppocrates

4 – Similia Similibus Currentur

مطرح کرد. در اوایل قرن نوزدهم ساموئل هانمن^۱ پزشک آلمانی متوجه شد با خوردن مقداری از پوست درخت گنه گنه^۲، علایمی شبیه مالاریا در او بروز پیدا می‌کند. این در حالی است که گنه گنه برای درمان مالاریا استفاده می‌شود. وی به این نتیجه رسید ماده‌ای که سبب ایجاد علایم بیماری در فرد سالم می‌شود می‌تواند علایم بیماری را در همان فرد بیمار معالجه کند. هومیوپاتی یا مشابه درمانی، روش درمانی است که در آن از داروهایی استفاده می‌شود که تجویز آن در توان بالا به افراد سالم، علایمی مشابه علایم بیماران به وجود می‌آورد. در این روش با استفاده از شرح حال بیمار، داروی مشابه هر فرد به دست آمده و به وی تجویز می‌گردد (هانمن، ۱۹۹۷). نکته قابل توجه در هومیوپاتی، توجه به کل انسان و علایم او یعنی خصوصیات ذهنی، رفتاری، شخصیتی، روانی، عاطفی و عمومی بیمار در کنار علایم جسمی وی است. استفاده از هومیوپاتی گاه باعث تغییر علایم رفتاری و بهبود اختلالات فکری بیماران می‌شود و بنابراین مورد توجه پژوهشگران، روان‌شناسان و جامعه‌شناسان نیز می‌باشد (معینی، ۱۳۷۹). اصل بنیادین هومیوپاتی این است که «مشابه، مشابه را درمان می‌کند» به این مفهوم که هر دارویی که بتواند در بدن یک فرد سالم همان نشانه‌هایی را تولید کند که یک بیماری می‌تواند به وجود آورد، قابلیت درمانی را به آسانی، کامل‌ترین و پایدارترین حالت دارد. در این روش با استفاده از شرح حال بیمار، داروی مشابه هر فرد به دست آمده و به وی تجویز می‌گردد. کنش اولیه به داروهای هومیوپاتی به صورت تشدید موقتی علایم ظاهر می‌گردد و کنش ثانویه که نیروی حیات^۳ (بدن و روان) به این تغییر وارد می‌کند سبب بهبود بیماری می‌گردد. به عبارت دیگر بر اساس این اصل که «دو بیماری مشابه نمی‌توانند همزمان در یک فرد وجود داشته باشند» نیروهای حیاتی انسان که از حالت تعادل و نظم طبیعی خارج شده است به حالت عادی برگشته و علایم بیماری را برطرف می‌کند. بدن، بیماری واقعی را در کنار علایم مشابه ایجاد شده، قبول نکرده و آن را از بین می‌برد (هانمن، ۱۹۹۷؛ سوائن^۴، ۱۹۹۸).

1 – Samuel Hahnemann

2 – Cincona

3 – Vital Force

4 – Swayne

در هومیوپاتی داروی افراد مبتلا به یک نوع بیماری بر حسب نوع تظاهرات و درگیری ارگان‌های مختلف بدن متفاوت است، حتی ممکن است در زمانهای مختلف داروهای متفاوتی استفاده شود. مثلاً افسردگی که به دنبال یک شکست به وجود آمده باشد با افسردگی که در زمینه ژنی و تظاهرات خلقی مزمن از سالها پیش شروع شده عمق متفاوت و در نتیجه داروهای متفاوتی خواهد داشت (محمودیان و معینی، ۱۳۸۷). هومیوپاتی از آنجا که یک طب جایگزین است بر خلاف طب مکمل که نقش تکمیلی در کنار درمانهای رایج دارد، خود از نظر فلسفه درمانی مستقل است، بنابراین از دیدگاه نظری مستقلاً با توجه به نگرش کل‌نگر به بیمار می‌تواند روی بیماریهای مختلف کار کند. البته در مواردی نیز نقش مکمل دارد که از جمله جراحی، تروما، حوادث و بعضی اورژانس‌ها است.

برخی تحقیقات پیشین نشان‌دهنده اثربخشی درمان هومیوپاتی بر افسردگی بوده‌اند. کلیجن و همکاران^۱ (۱۹۹۱) و نیز استیونسون^۲ (۱۹۹۱) در یک بررسی نظام‌مند در رابطه با پژوهش‌های صورت گرفته در مورد هومیوپاتی و از جمله یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده^۳ که به بررسی مقایسه اثربخشی داروهای هومیوپاتی در برابر دیازپام در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب توأم پرداخته است، نتایج مثبتی در ارتباط با سودمندی این روش گزارش کرده‌اند.

ارنست و ریش^۴ (۱۹۹۶)، در مطالعه‌ای که درباره اثربخشی روش هومیوپاتی بر افسردگی انجام داده‌اند، نتایج مثبتی را گزارش کرده‌اند.

نتایج بررسی دیویدسون و همکاران^۵ (۱۹۹۷)، بر روی ۱۲ بیمار مبتلا به طیف وسیعی از تشخیص‌های مرتبط با اختلالات افسردگی و اضطراب با روش هومیوپاتی نشان داد ۷ نفر از بیماران (۵۸ درصد) این شیوه درمان را پاسخگوی بیماری خود دانسته‌اند.

1 – Kleijnen & et al

2 – Stivenson

3 – Randomized Controlled Clinical Trials

4 – Ernest & Resch

5 – Davidson & et al

رایلی و همکاران^۱ (۲۰۰۱)، طی مطالعه‌ای میزان رضایت بیماران تحت درمان هومیوپاتی را در قیاس با بیماران تحت درمانهای رایج ۰/۷۹ در برابر ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. خرازی‌های اصفهانی (۱۳۸۳)، طی پژوهشی به بررسی میزان رضایتمندی بیماران تحت درمان هومیوپاتی پرداخته و بیشترین بهبود را به دنبال مصرف داروهای هومیوپاتی در مورد افسردگی، سردرد و اختلال قاعدگی گزارش کرده است.

نتایج پژوهش عبادی (۱۳۸۷)، در زمینه اثربخشی هومیوپاتی که با جمع‌آوری یافته‌های حاصل از کارآزمایی‌های بالینی انجام شده که در مجلات معتبر علمی ارائه شده بود، نتایج مثبتی را در زمینه اختلالات روانی - عاطفی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس و وسواس گزارش کرده است.

با توجه به زمینه‌های نظری و پژوهشی اختلال افسردگی و پاسخگویی به سؤالات پژوهشی و نیز لزوم بررسی پژوهش‌های انجام شده در ایران و کشورهای دیگر، این پژوهش به آزمون فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

- ۱- گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری موجب کاهش میانگین نمرات افسردگی در گروه‌درمانی شناختی می‌شود.
- ۲- روش درمانی هومیوپاتی موجب کاهش میانگین نمرات افسردگی می‌شود.
- ۳- بین میزان کارایی و اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری و روش هومیوپاتی تفاوت معناداری وجود ندارد.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع تحقیقات شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروهی همراه با ارزیابی مجدد است. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعان زن افسرده‌ای بودند که طی ماههای دی، بهمن و اسفند ۱۳۸۶ برای درمان به درمانگاه روانپزشکی نور شهر اصفهان مراجعه کردند. تعداد زنان مراجعه‌کننده برای درمان افسردگی ۷۳ نفر بوده‌اند. نمونه این پژوهش ۳۰ بیمار زن مبتلا به اختلال افسردگی بوده که در فاصله سنی ۲۰ تا ۵۰ قرار داشته و از افراد در دسترس و مراجعه‌کننده‌ای بوده‌اند که پس از انجام ارزیابی

روانپزشکی و سپس اجرای پرسشنامه افسردگی بک به‌عنوان پیش‌آزمون، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی ۱۵ نفری قرار گرفتند. آزمودنی‌ها هیچ‌گونه اختلال طبی تشخیص داده شده‌ای نداشتند و در آن زمان تحت درمان دیگری قرار نداشتند. ملاک انتخاب آزمودنی‌ها، کسب نمره ۱۷ تا ۳۰ از پرسشنامه افسردگی بک بود. متغیر مستقل شامل دو روش درمان و متغیر وابسته، میزان افسردگی بیماران بود. از آنجا که در افراد افسرده احتمال خودکشی وجود دارد و با توجه به اینکه فقط برای انجام این پژوهش باید بیماران به مدت سه ماه از درمان و در نتیجه از امکان بهبود محروم می‌شدند. بنابراین به لحاظ رعایت اخلاق پژوهش، در این تحقیق از گروه گواه استفاده نگردید و تأثیر روشهای درمانی از طریق مقایسه نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون بررسی گردید. گروههای آزمایش طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ارزیابی مجدد مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد جلسات درمانی برای گروه شناختی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته بود و علاوه بر جلسات درمانی تکالیف خانگی نیز به بیماران داده می‌شد. شیوه اجرای درمان گروهی بود و آزمودنی‌ها مجموعه‌ای از شیوه‌های شناختی - رفتاری زیر را دریافت کردند:

- ۱- ارائه اطلاعات در رابطه با افسردگی با تأکید بر روش منطقی - عاطفی - رفتاری ایس.
- ۲- شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی به کمک بحث در مورد تجربیات هیجانی و جایگزین نمودن باورهای منطقی با باورهای غیرمنطقی.
- ۳- انجام تکالیف مرتبط با موضوع ارائه شده در هر جلسه آموزشی.
- ۴- ادامه تکالیف خانگی در فاصله بین جلسات.

اعضای گروه هومیوپاتی نیز پس از دریافت تشخیص افسردگی با اخذ معرفی‌نامه از روانپزشک به پزشک هومیوپات ارجاع داده شدند. پزشک هومیوپات در جلسه اول با گرفتن یک شرح حال^۱ کامل از بیمار، اولین دوز داروی مورد نظر خود را تجویز می‌کند. شرح حال هومیوپاتی شامل علایمی است که تصویر کاملی از مشکل بیمار به دست می‌دهد. در هر تغییر وضعیت سلامتی، کلیت^۲ و تصویری وجود دارد که

1 – Case Taking

2 – Totality

قابل شناسایی و تشخیص است. گرفتن شرح حال اولین گام است و نتیجه درمان کاملاً وابسته به موفقیت در این قدم است. شرح حال هومیوپاتی صرفاً نوشتن حرفهای بیمار نیست، بلکه کاری است کاملاً فعال و دقیق که شامل به حرف در آوردن بیمار، انتخاب علائم واقعی و جمع‌آوری اطلاعات از بیمار است. این شرح حال کلیه علائم ذهنی، شخصیتی، عمومی و جسمی بیمار را در بر می‌گیرد و هدف از جمع‌آوری این اطلاعات، درک خصوصیات فرد و بیماری او است. در پایان مصاحبه، پزشک باید تصویر روشنی از مشکل بیمار داشته باشد. از آنجا که در درمان هومیوپاتی وضعیت تجویز دارو از فردی به فرد دیگر متفاوت است هر یک از اعضای این گروه بر حسب وضعیت جسمی و خصوصیات روانی خود، داروی منحصر به فرد متناسب با وضعیت خود را دریافت کرد. نحوه تجویز دارو به نوع بیماری، حساسیت بیمار، سازمان بیماری، داروهای شیمیایی همراه و ... بستگی دارد. به دلیل آنکه افسردگی معمولاً حساسیت بیمار را از نظر هومیوپاتی پایین می‌آورد، دوز داروی تجویزی اندکی بالاست (شروع با 30c) و دارو معمولاً به صورت محلول تجویز می‌شود. داروهای رایج در درمان افسردگی موارد زیر را در برمی‌گیرد:

Sulphur 30c, Natrium- Muriaticum 30c, Calcarea 30c, Sepia 30c,

Lachesis-Muta 30c, Phosphorus 30c, Aurum 30c, Lyc 30c, Staph 30c

پس از تجویز دوز اول، معمولاً بین ۳ هفته تا یک ماه صبر کرده و در جلسه دوم تغییرات بیمار را کاملاً ارزیابی نموده و یادداشت می‌کنیم و پس از ثابت شدن علائم، دوز دوم با توان بیشتر (تکان دادن) تجویز می‌شود. معمولاً زمان درمان افسردگی چه در هومیوپاتی و چه در طب رایج ۶ ماه است که به‌طور معمول به‌صورت مراجعات سه هفته یک‌بار است. در این پژوهش، منابع دارویی از کارخانه معتبر دارویی OMIDA تهیه شده است و آزمودنی‌ها تا پایان درمان به‌طور کامل صرفاً تحت درمان با داروهای هومیوپاتی بوده‌اند.

ابزار پژوهش

به طور کلی ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:
- ارزیابی روانپزشکی که روانپزشک طبق معیارهای DSM-IV-TR انجام داد.
- پرسشنامه جمعیت‌شناختی که محقق تنظیم کرد و شامل: سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی بود.
- پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه بک، یک آزمون خودآزماست که برای تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است و برای فهمیدن معنای ماده‌ها خواندن در سطح کلاس ۵ و ۶ مورد نیاز است.

زیرمقیاس‌های مقیاس بک (۲۱ موضوع): این میزان در کل شامل ۹۴ سؤال به صورت عبارات ترتیبی است که هر کدام از آنها مربوط به یک علامت یا نشانه خاص افسردگی است. این ۲۱ موضوع بر اساس علایمی نظیر خلق، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، اتهام به خود، تمایلات خودآزاری، گریستن، زودرنجی، گوشه‌گیری، اشکال در تصمیم‌گیری، کاهلی و سستی در کار، اختلال در خواب، خستگی‌پذیری، کاهش وزن، اشتغالات ذهنی در مورد سلامت و کاهش میل جنسی تدوین شده است.

روایی این پرسشنامه در سالهای ۱۹۷۱، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی مجدد قرار گرفت و ثابت شد. همچنین طبق تحقیقات بسیاری که در داخل ایران صورت گرفته این پرسشنامه (فرم‌های ۱۳ و ۲۱ موضوعی) نشان می‌دهد که این آزمون از روایی خوبی برخوردار است. چگینی (۱۳۶۱) طی پژوهشی ارزش میزان افسردگی (بک) و همچنین ضریب همبستگی آن را با آزمون فعلی MMPI مورد بررسی قرار داده است که در نتیجه ارزش تشخیصی بک را به اثبات می‌رساند (به نقل از کامکار، ۱۳۸۵).
رجبی و همکاران طی پژوهشی که در سال ۱۳۸۰ بر روی ۱۹۶ دانشجوی پسر دانشگاه شهید چمران اهواز انجام دادند به تحلیل سؤال‌ها و تحلیل عاملی پرسشنامه افسردگی بک (فرم ۲۱ موضوعی) پرداختند. براساس سؤال‌های پرسشنامه افسردگی بک همه سؤال‌ها با نمره کل همبستگی معناداری داشتند. براساس تحلیل عاملی از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی پنج عامل به دست آمد، که عامل یکم بیشترین سهم را در تبیین واریانس پرسشنامه داشت. علاوه بر این ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای

کل پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب پایایی تنصیف آن ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۴۹ به دست آمد. از مجموع ۱۹۶ دانشجو ۲۱ نفر (۱۰/۷ درصد) از آنها افسردگی داشتند. نتایج این پژوهش نشان داد که پرسشنامه افسردگی بک را می‌توان در پژوهش‌های روان‌شناختی و درمانی مورد استفاده قرار داد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در سطح توصیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس به منظور مقایسه تأثیر گروه درمانی شناختی و هومیوپاتی بر کاهش افسردگی و از آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی دو روش مداخله به‌طور جداگانه استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه‌های پژوهش ارائه شده است. فرضیه ۱- گروه درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری موجب کاهش میانگین نمرات افسردگی می‌شود.

جدول ۱- آزمون t همبسته مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه درمانی شناختی

شاخص	میانگین	انحراف معیار	ضریب t	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۲/۶۶	۴/۷۳		
پس‌آزمون	۱۷/۴۶	۷/۲۲	۴/۹۸	۰/۰۰۱

در جدول ۱ مشاهده شده در سطح $P \leq 0/05$ معنادار بوده، بنابراین بین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، پس فرضیه ۱ مبنی بر اثربخشی گروه درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی تأیید می‌گردد. فرضیه ۲- روش درمانی هومیوپاتی موجب کاهش میانگین نمرات افسردگی می‌شود.

جدول ۲- آزمون t همبسته مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه هومیوپاتی

شاخص	میانگین	انحراف معیار	ضریب t	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۷/۲۹	۶/۱۳	۷/۲۱	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	۱۶/۲۹	۳/۸۶		

در جدول ۲، t مشاهده شده در سطح ($P \leq 0/05$) معنادار بوده، بنابراین بین میزان نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، از این رو، فرضیه ۲ پژوهش مبنی بر اثربخشی روش هومیوپاتی بر افسردگی تأیید می‌گردد. فرضیه ۳- بین میزان کارایی و اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی-عاطفی-رفتاری و روش هومیوپاتی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش هومیوپاتی و گروه‌درمانی شناختی پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون

شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه‌درمانی شناختی	۲۲/۶۶	۴/۷۳	۱۶/۲۹	۷/۲۲
گروه هومیوپاتی	۲۷/۲۹	۶/۱۳	۱۷/۴۶	۷/۲۲

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پیش‌آزمون گروه شناخت‌درمانی دارای میانگین ۲۲/۶۶ و گروه هومیوپاتی دارای میانگین ۲۷/۲۹ بوده است. در جدول‌های ۴ تا ۶، نتایج مربوط به تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه ۳ پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین دربارهٔ پیش‌فرض همگنی واریانس‌های نمرات افسردگی

ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۵۷	۱	۳۰	۱/۲۲۰

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد f مشاهده شده در سطح ($P > ۰/۰۵$) معنادار نبوده، بنابراین واریانس گروهها همگن است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر مداخلات بر نمرات پس‌آزمون افسردگی

شاخص	ضریب F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پس‌آزمون	۱۲/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۶	۰/۹۲۱
گروهها	۴/۰۴	۰/۰۵۴	۰/۱۲۲	۰/۴۹۴

در جدول ۵ بین دو گروه هومیوپاتی و گروه‌درمانی شناختی پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$)، بنابراین فرضیهٔ ۳ پژوهش با عنوان بین میزان کارایی و اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری و روش هومیوپاتی تفاوت معناداری وجود ندارد مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۶- مقایسهٔ میانگین پس‌آزمون نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

شاخص	میانگین	خطای معیار
گروه‌درمانی شناختی	۱۸/۸۴	۱/۳۱
گروه هومیوپاتی	۱۵/۰۷	۱/۲۲

در جدول ۶، میانگین پس‌آزمون گروه‌درمانی شناختی و گروه هومیوپاتی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش با توجه به موضوع پژوهش، نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها در قالب مقایسه یافته‌های به دست آمده از اجرای مراحل تحقیق تبیین می‌گردد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود t مشاهده شده در سطح $(P \leq 0/05)$ معنادار بوده، بنابراین بین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، از این رو فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌گردد.

در خصوص اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر افسردگی می‌توان گفت رویکردهای شناختی و به‌ویژه روش منطقی - عاطفی - رفتاری که مورد تأکید این پژوهش بوده است از مزایای شیوه‌های رفتاری و شناختی سود می‌برد. بنابراین در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات روانی و هیجانی ارتباط دارند تأکید می‌شود. با کمک به مراجع، وی برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار تشویق می‌شود به طوری که این امر به تغییر در احساس مراجع نسبت به خودش منجر می‌گردد (هاوتون، سالکوس کیس، کرک و کلارک، ۱۳۸۰). از سوی دیگر افراد افسرده به دلیل برداشتهای غیرواقعی از خود که منجر به احساس کهنتری می‌گردد، دست به گزینش اهداف غیرواقعی و دوردست می‌زنند و در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس نابسندگی و بی‌کفایتی می‌کنند. در درمان منطقی - عاطفی - رفتاری به وجود باورهای غیرمنطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی در فرد تأکید می‌گردد. بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمان به مراجع ارائه می‌گردد به فرد افسرده کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی‌کفایتی در فرد منجر می‌گردد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. همچنین ارائه تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل حایز اهمیت است، چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیتهای مشکل‌زا و چالش‌انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تأثیر درمان می‌گردد. علاوه بر این تجربه جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده

نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد. به طور خلاصه ویژگیهای گروه‌درمانی شناختی به شیوه منطقی - عاطفی - رفتاری که موجب اثربخشی این روش درمان می‌شود را می‌توان به صورت زیر بیان نمود:

- ساختار جلسات درمانی که به صورت ساختار یافته به اعضای گروه ارائه شد.
- استفاده از شیوه‌های متنوع شناختی و رفتاری.
- کاربرد تکالیف خانگی در جلسات درمان.

این موضوع با برخی از مطالعات پیشین که در خصوص اثربخشی درمانهای گروهی به صورت آموزش و یا مشاوره بر افسردگی انجام گرفته از جمله با یافته‌های سیلورمن و همکاران (۱۹۹۲)، لیف و همکاران (۱۹۹۲)، کوان و برونرو (۱۹۹۹)، فولادگر (۱۳۷۹) و نامجو (۱۳۸۱) همخوانی دارد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد t مشاهده شده در سطح ($P \leq 0/05$) معنادار بوده بنابراین بین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، از این رو فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌گردد.

همان‌طور که پیشتر اشاره گردید، تأثیر روشهای شناخت‌درمانی در درمان افسردگی غیرقابل انکار است، با این حال می‌توان گفت رغبت و تمایل برخی افراد در استفاده از روشهای غیردارویی به‌ویژه درمانهای مکمل و جایگزین به دلیل کم‌بودن عوارض جانبی آنها در مقایسه با روشهای دارویی از جمله علل و عواملی است که در گرایش اولیه افراد به سمت این‌گونه درمانها و از جمله روش هومیوپاتی دخیل است که طبیعتاً موجب می‌گردد تا زمینه ذهنی مثبت و مناسبی از همان ابتدای درمان در فرد به‌وجود آید. البته ذکر یک نکته مهم در اینجا ضروری به نظر می‌رسد که ایجاد زمینه ذهنی مثبت در بیمار در ابتدای فرایند درمان که به آن اشاره گردید به هیچ‌وجه معادل مفهوم «تلقین»^۱ با استفاده از دارونما نیست. دلیل این امر نیز وجود شواهد بالینی است که به صورت کارآزمایی‌های بالینی دوسویه‌کور^۲ در مورد جنبه‌های مختلف درمان هومیوپاتی صورت گرفته است. اهمیت کارآزمایی بالینی در این نکته است که گهگاه

1- Suggestion

2- Double Blind

گفته می‌شود که در مواردی حتی بدون تجویز داروی مؤثر و فقط به کمک ایجاد احساس تحت حمایت و درمان بودن و فقط با دادن دارونما بیماران بهبود می‌یابند؛ اما وقتی کارآزمایی بالینی انجام می‌شود عامل «تلقین» به عنوان یک عامل مخدوش‌کننده تحقیق حذف می‌شود. در واقع از دیدگاه هومیوپاتی شعوری بنیادی بر عملکرد بدن انسان حاکم است که این شعور یا نیروی فطری اولیه همان مفهوم نیروی حیاتی است که عامل حفظ سلامت (تعادل) بدن می‌باشد. هرگاه محرک تنش‌زایی به فرد وارد شود این شعور بنیادی آن را حل و فصل می‌کند تا تعادل فرد به هم نخورد و هرگاه این محرک قوی‌تر از شعور بنیادی باشد و نیروی حیاتی نتواند آن را به درستی بشناسد یا با آن به طور کامل مقابله نماید، علائم بیماری در فرد بروز می‌کند و این علائم نشانه تلاش ناقص بدن برای درمان خویش است. در حقیقت از این دیدگاه بیماری وقتی ایجاد می‌شود که فرد از تعادل خارج شده و سیستم ایمنی یا فیزیولوژیک بدن نتواند عامل بیماری را درست شناسایی و کنترل کند یا آن را از بین ببرد.

این موضوع با نتایج برخی از تحقیقات پیشین که اثربخشی روش هومیوپاتی را در درمان افسردگی مورد تأیید قرار داده‌اند و نتایج مثبتی را در ارتباط با سودمندی این روش گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. بنابراین با نتایج مطالعات کلیچنین و همکاران (۱۹۹۱)، استیونسون (۱۹۹۴)، ارنست و ریش (۱۹۹۶)، دیویدسون و همکاران (۱۹۹۷)، خرازی‌های اصفهانی (۱۳۸۳) و عبادی (۱۳۸۷) همسو است.

همان‌طور که اشاره گردید هر دو روش درمانی به کار گرفته شده در پژوهش به سهم خود اثربخش و کارآمد هستند، بنابراین همین موضوع می‌تواند هم درمانگر و هم درمانجو را با مشکل انتخاب روش یا شیوه درمانی روبه‌رو سازد. از این‌رو پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو مورد از درمانهای افسردگی به بررسی فرضیه ۳ پژوهش با عنوان «بین میزان کارایی و اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش منطقی - عاطفی - رفتاری و روش هومیوپاتی تفاوت معناداری وجود ندارد» پرداخت. لازم به ذکر است که همان‌طور که پیشتر اشاره شد، مقایسه بین روش منطقی - عاطفی - رفتاری به‌عنوان یک شیوه روان‌شناختی و هومیوپاتی به عنوان یکی از شیوه‌های طب کل‌نگر که هدف این پژوهش بوده احتمالاً اولین پژوهش داخلی انجام شده در این زمینه است از این‌رو

نظریه یا پژوهش‌هایی که قبلاً به مقایسه این دو روش پرداخته باشند وجود ندارد، از این رو ممکن است در این راستا فرضیه ۳ پژوهش از حمایت نظری کافی برخوردار نباشد. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین دو گروه هومیوپاتی و گروه‌درمانی شناختی پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P \leq 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۵ مبنی بر نبود تفاوت معنادار بین اثربخشی دو گروه بر افسردگی، این ایده تقویت می‌گردد که روش شناخت‌درمانی و شیوه هومیوپاتی نسبتاً به یک میزان بر کاهش افسردگی مؤثر هستند. از سوی دیگر در خصوص تأیید نشدن فرضیه ۳ پژوهش می‌توان به نوعی تشابه بین این دو روش اشاره کرد، هدف هر دو روش درمانی کمک به بازسازی و هدایت مجدد فرد برای غلبه بر بیماری است. به بیان دیگر می‌توان گفت که هدف هر دو کمک به اتصال و بازگشت فرد به خود است. روان‌درمانی با جست‌وجو برای دستیابی به شناخت بیشتر از فرایندهای فردی و در نتیجه افزایش هدایت فرد در واکنش‌های شخصی، درمان‌گیر را برای رسیدن به این هدف کمک می‌نماید. داروهای هومیوپاتی نیز تأثیرات مشابهی دارند، بنابراین قانون مشابهت‌ها می‌تواند کمک دیگری برای اصلاح اعمال فرد باشد. یک نظر این است که داروی هومیوپاتی مثل نوعی فرایند عمل کرده و به بدن شرایط خاص جسمی را یادآوری کرده و به کامل شدن آن کمک می‌نماید (بهرامی، ۱۳۷۷). داروی هومیوپاتیک انتخاب شده برای بیمار، به علت مشابهت با بیماری وی تحریکی مشابه و قوی‌تر را به سیستم دفاعی و فیزیولوژیک (سیستم حیاتی) بیمار القا می‌کند و در پاسخ به این تحریک، سیستم دفاعی بدن هشیار شده و واکنش قوی‌تری به بیماری نشان می‌دهد (بیماری را بهتر شناسایی می‌کند) و با قدرت درونی و ذاتی خود فرد بیماری برطرف می‌شود. به عبارت دیگر داروها به این علت مؤثرند که بیماری‌زا هستند، یعنی قدرت تغییر و تأثیر در بدن را دارند و می‌توانند بر بدن اثر کرده آن را از تعادل خارج کنند.

ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که اثربخش بودن هر روش درمانی به معنای قطعیت درمان یا پایان راه نیست، از این رو باید در نظر داشت هر روش درمان مزایا و محدودیتهای خاص خود را دارد و انتخاب روش درمان تحت تأثیر علاقه و جهتگیری‌های افراد است. با این حال با توجه به تجربیات پزشکان، درمانگران و بیماران چنین به نظر می‌رسد که استفاده از درمانهای ترکیبی مفیدتر از استفاده از یک

روش به تنهایی است. با این حال به نظر می‌رسد از آنجا که این دو روش درمانی اهداف مشابهی را دنبال می‌کنند می‌توانند به عنوان روشهای مشترک تکمیلی در کنار یکدیگر عمل نمایند.

در پایان پیشنهاد می‌گردد که به علت وجود محدودیتهایی همچون حجم کوچک نمونه، مشکل تعمیم‌پذیری نتایج به آزمودنی‌های مذکر، نبود نمونه‌گیری تصادفی و گروه گواه سعی گردد در پژوهش‌های آینده این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گرفته تا یافته‌های پژوهش حاضر با صحت و سقم بیشتری در اختیار پژوهشگران و درمانگران قرار گیرد.

منابع

- احمدی، احمد. (۱۳۶۸)، *مقدمه‌ای بر مشاوره و روان‌درمانی*، چاپ دوم، اصفهان، انتشارات دانشگاه اصفهان.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. *متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات سخن.
- بهرامی، مهرا. (۱۳۷۷)، *هومیوپاتی: فلسفه، تاریخ و درمان*، چاپ اول، همدان، انتشارات مشکافشان.
- پالاهنگ، حسن. مهدی نصر. محمدنقی براهنی و داوود شاه محمدی. (۱۳۷۵)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴.
- پروچاسکا، جیمز. او؛ جان. سی. نورکراس. *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات رشد.
- خرازی‌های اصفهانی، امین. (۱۳۸۳)، «بررسی میزان رضایتمندی بیماران از روش درمانی هومیوپاتی در سال ۱۳۸۳ در اصفهان»، پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای رشته پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- رجبی، غلامرضا. یوسفعلی عطاری. و جمال حقیقی. (۱۳۸۰)، «تحلیل عاملی سؤالهای پرسشنامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره ۳، شماره ۳ و ۴.
- سودانی، م. (۱۳۷۵)، «مقایسه اثر روشهای مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش عقلانی - عاطفی در کاهش باورهای غیرمنطقی دانشجویان پسر مجرد در رشته‌های دبیری و علوم

- پایه سنین ۱۸ تا ۲۴ ساله دانشگاه شهید چمران در سال تحصیلی ۷۵-۷۴، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۷۷)، *تغییر رفتار و رفتار درمانی: نظریه‌ها و روشها*، تهران، انتشارات دوران.
- شارف، آراس. *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*، ترجمه م. فیروزبخت، (۱۳۸۱)، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. و غ ناصر. (۱۳۷۵)، *پویایی گروه و مشاوره گروهی*، تهران، انتشارات رشد.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. و غ ناصر. (۱۳۷۸)، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، چاپ ششم، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- صادقی، خیرالله. مهدی صابری. و مرضیه عصاره. (۱۳۷۹)، «همه‌گیرشناسی بیماریهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۳ و ۲.
- عبادی، سعید. (۱۳۸۷)، «کاربردهای درمانی پزشکی هومیوپاتی»، *خلاصه اولین مقالات همایش سراسری مراقبت و درمان بیماران با طب مکمل و جایگزین*.
- فری، مایکل. *راهنمای عملی شناخت‌درمانی گروهی*، ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام، (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات رشد.
- فولادگر، فرزانه. (۱۳۷۹). «تأثیر مشاوره گروهی به شیوه منطقی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی پسران بی سرپرست کانون امام صادق^(ع) شهرکرد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- کامکار، منوچهر. حمید آتش‌پور. و مجید زارعی شمس‌آبادی. (۱۳۸۵)، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر افسردگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان مشروط دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان»، *طرح پژوهشی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- محمودیان، احمد و پدرام معینی. (۱۳۸۷)، «رویکرد لایه‌ای به اختلالات سلامتی در فلسفه هومیوپاتی»، *خلاصه اولین مقالات همایش سراسری مراقبت و درمان بیماران با طب مکمل و جایگزین*.
- معینی، پدرام. (۱۳۷۹)، «بررسی تأثیر روش هومیوپاتی پس از عمل جراحی شکمی در طول زمان ایلئوس در بیمارستانهای الزهرا و کاشانی»، پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای رشته پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

نامجو، حسین. (۱۳۸۱)، «بررسی اثربخشی آموزش گروهی به شیوه شناختی بر اختلالات خلقی مددیاران زن شاغل در مراکز توانبخشی معلولین ذهنی بهزیستی اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی رشد روان‌شناسی عمومی چاپ نشده، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان. هاوتون، ک. کیس سالکووس. ج کرک و د کلارک. رفتاردرمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، (۱۳۸۰)، جلد اول، تهران، انتشارات ارجمند.

Bhatia, S.C. & Bhatia, S.K. (1999). Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations, *Journal of American Family Physician*, 60(1): 239–248.

Comer, R.J. (1997). *Abnormal Psychology*, in W.H. Freeman and Company. Newyork.

Cowan, D. & Brunero, S. (1999). Group Therapy for Anxiety Disorders Using Rational- Emotive Behavior Therapy. *Journal Article*. 6(4): 8–164.

David, Daniel., Szentagotaiiorel, Aurora. & Cosman, Doina. (2008) Rational- Emotive Behaviral Therapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial, Posttreatment Outcomes, and Six Months Follow- Up, *J Clin Psychol*, 64(6), 728–746.

Davidson, JRT., Morrison, RM., Shore, J., & Bedyne, G. (1997). Homeopathic treatment of depression and anxiety. *Altern ther Health Med*, 3(1): 46–49.

Ernest, Edzard. & Resch, K.L. (1996). Clinical Trials of Homeopathy: A Reanalysis of a published review, *J Forsch Kompleme tärmed*. (3): 85–90.

Hahnemann, .S. (1997). *Organon of Medicine*. New Delhi: B Jain Publisher.

Higuera, A. (1996). Depressive Disorder: Therapeutic and Clinical Features, *Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (spain)*. 37(3): 539–547.

Kleijnen, J., Knipschild, P., Riet, G. (1991). Clinical trials of homeopathy. *BMJ*, 30(2): 316–323.

Leaf, R.C., Krauss, D.H., Dantizing, S.A., Alington, D.E. (1992). Positive and Negative Mental Health Benefits After Group. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 10(4): 189–206.

- Marcowitz, J.C. (1996). Psychotherapy for Dysthymic Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 191, 133–149.
- Overholser, J.C. (2003). Rational- Emotive- Behaviour Therapy: An Interview with Albert Ellis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 30.
- Riely, D., Fischer, M., Singh, B., Haidvogel, M. & Hegar. (2001). Homeopathy and Conventional Medicine: An Outcome Study Comparing Effectiveness in a Primary Care Setting. *J Altern Complement Med*, 7(2): 5–123.
- Sharf, R. (1996). *Theories of Psychotherapy and counselling*, New York: Brooks- Cole Publishing Co.
- Silverman, M.S., Mc Carthy, & Mc Govern, T. (1992). A Review of Outcome Studies of Rational- Emotive from 1989. School of Education. Chicago, Il. *Journal of Rationa Emotive Behavior Therapy*. 10(3):111–186.
- Simos, G. (2002). *Cognitive- Behavior Therapy*. New York: Taylor & Francis.
- Stevinson, C. (1991). Evidence for efficacy of complementary therapies in depression. *Focus Alternat complement ther*, 4(3):111–114.
- Swayne, J. (1998). *Homeopathic Methods: Implications for Clinical Practice and Medical Sciences*, Charchil Livingtone.
- Thorpe, G. & Olson, S.L. (1990). *Behavior Therapy: Concepts, Procedures and Applications*. Boston: Allyn and Bacon Co.

تاریخ وصول: ۸۷/۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۲۶