

بررسی مروری محدودیت‌های بکارگیری گروه درمانی شناختی _ رفتاری در ایران و خارج از کشور

عبدالعظیم شهروی^۱، مهران شهروی^۲، شهریار شهروی^۳، اسراء مرادپور^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران
^۳ مربی، گروه آموزش ابتدایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان، شادگان، ایران
^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

چکیده

گروه درمانی یکی از انواع روش‌های روان‌درمانی است که یک یا دو درمانگر با گروهی از افراد دارای مشکلات مشابه کار می‌کند. گروه درمانی شناختی-رفتاری یکی از پرکاربردترین انواع روان‌درمانی گروهی می‌باشد. کشف محدودیت‌های یک مداخله می‌تواند به پیشبرد مسیر علمی زمینه مورد پژوهش، شناسایی نقاط ضعف و قوت، و ارتقاء آن شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی مروری محدودیت‌های بکارگیری گروه درمانی شناختی-رفتاری در ایران و خارج از کشور بود. بدین منظور پژوهش‌های آزمایشی داخل و خارج از ایران در زمینه محدودیت‌های گروه درمانی شناختی-رفتاری از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفتند. محدودیت‌های گروه درمانی شناختی-رفتاری در ایران و در خارج از کشور در ۱۰ زمینه دسته بندی شدند. نتایج پژوهش حاضر محدودیت‌های ده گانه زیر را شامل شد: ۱- محدودیت در ارزیابی (فرایند و روش تشخیص)؛ ۲- فرایند و محتوای مداخله؛ ۳- تعداد جلسات و تلفیق روان‌درمانی؛ ۴- محیط و مکان مداخله؛ ۵- بافت جغرافیایی- فرهنگی- اجتماعی؛ ۶- عدم هماهنگی در میزان تخصص درمانگر و تعداد درمانگر و دستیاران؛ ۷- مشارکت و افت شرکت کنندگان در گروه درمانی؛ ۸- ملاحظات اقتصادی و بار مالی؛ ۹- ضرورت و اولویت ارائه مداخله؛ و ۱۰- تأثیر شدت، حدت، نوع اختلال و بیماری همبود در مداخله. جزئیات مربوط به بررسی محدودیت‌های هر دسته، در بخش یافته‌ها و نتایج تشریح شدند. در این پژوهش به چالش‌های روش شناسی، میزان اثربخشی و سایر جنبه‌های مداخله را اشاره نشده است. پیشنهاد می‌شود برای ارزیابی دقیق این مداخله، بررسی‌های مروری مکرر صورت گیرد تا گروه درمانی شناختی- رفتاری (CBGT) به‌صورت بهینه به روز رسانی گردد.

واژه‌های کلیدی: محدودیت‌ها، بکارگیری، گروه درمانی شناختی-رفتاری

۱- مقدمه

گروه درمانی در واقع یکی از انواع روش‌های روان درمانی است. در این روش یک یا دو درمانگر به طور همزمان با گروهی از افراد دارای مشکلات مشابه کار می‌کنند. از آن جایی که اعضای گروه خودشان هم در فهم و غلبه بر مشکلات به یکدیگر کمک می‌کنند، درمانگر بیشتر نقش تسهیل‌گر را بر عهده دارد (کندرا^۱، ۲۰۱۳). جلسات گروه درمانی می‌تواند با حداقل سه عضو برگزار شود. اما عموماً تعداد اعضاء مناسب برای درمان گروهی بین ۷ تا ۱۲ نفر هستند، که به طور متوسط بین یک یا دو جلسه در هفته و به مدت یک تا دو هفته دور هم جمع می‌شوند. این جلسات به‌طور متوسط می‌توانند کمتر و یا بیشتر از ۶ جلسه باشند. تسهیل‌گران (درمانگران) گروه می‌توانند جلسات گروهی را به صورت بدون ساختار، به گونه‌ای که هر یک از اعضا بتوانند آزادانه در مورد مسأله خود صحبت و مشارکت داشته باشند و یا می‌تواند با ساختار، به صورتی که هر جلسه براساس موضوعی خاص پیش برود برگزار کنند (چری^۲، ۲۰۱۳).

پاون^۳ و همکاران (۲۰۰۸) مداخلات گروه درمانی را برای مشکلات در زمینه‌های خود ابرازی، اکتشاف خود، خود شناسی و مشکلاتی از قبیل فقدان، پرخاشگری و همچنین برای توانمندسازی‌های ارتباطی، افزایش همدلی و آموزش مهارت‌های اجتماعی مناسب دانسته‌اند. گروه درمانی از این نظر که به اعضا احساس یکی بودن با یکدیگر، به اشتراک گذاشتن مشکلات مشابه و اعتماد و حس تعلق داشتن را می‌بخشد، می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. در همین محیط گروه است که برخی از اعضا برای اولین بار می‌آموزند که مشکلات خود را به صورت خود جوش بیان کنند و همچنین بین اعضاء گروه می‌تواند ارتباط مثبتی ایجاد کند. به عبارت دیگر اعضای گروه به عنوان درمانگر یکدیگر نیز عمل می‌کنند. آن‌ها مشکلاتشان را شرح داده، تجربیات و راه‌حل‌های مثبت و کارآمد را به اشتراک می‌گذارند (کندرا، ۲۰۱۳). یکی از جنبه‌های مثبت در این رویکرد درمانی این است که اعضاء از نظر احساسی از یکدیگر حمایت کرده و مورد پذیرش یکدیگر بوده و به هم اعتماد پیدا می‌کنند (ویتن^۴، ۲۰۰۴). به علاوه گروه درمانی برای غلبه بر مشکلات ارتباطی بسیار مؤثر می‌باشد به گونه‌ای که سو و سو^۵ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیده‌اند در گروه درمانی است، که درمانگر می‌تواند چگونگی واکنش و تعاملات مراجعان را در زندگی اجتماعی آن‌ها مشاهده کند؛ اعضای گروه، مهارت‌های جدید ارتباطی و اجتماعی را از راه الگو برداری و تجربه‌های عملی در گروه می‌آموزند. زمانی که اعضای گروه متوجه می‌شوند افرادی با مشکلات شبیه به آن‌ها در گروه حضور دارند راحت‌تر می‌توانند در مورد مشکلات خود صحبت کنند؛ اعضای گروه از نظر اجتماعی و عاطفی به یکدیگر کمک می‌کنند، در نتیجه صمیمیت و اعتماد را می‌آموزند. همچنین حس تعلق داشتن به گروه به اعضا این انگیزه را می‌بخشد که در صدد حل گروهی مشکلاتشان برآیند.

^۱Kendra^۲Cherry^۳Paone^۴Weiten^۵Sue & Sue

درمان شناختی-رفتاری شامل جست‌وجو و تلاش برای اصلاح باورهای بنیادی^۶ است. باورهای بنیادی، فرضیات زیربنایی و حتی محتوای افکار خودکار در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت هستند (سahین و سahین^۷، ۱۹۹۲؛ تام^۸ و همکاران، ۲۰۰۷). گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBGT)، یکی از رویکردهای گروه درمانی است که توسط درمانگران برای اصلاح شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار و ناکارآمد در کودکان و بزرگسالان انجام می‌شود (لوک^۹، ۲۰۲۰).

سنجش پیامد^{۱۰} (نتیجه)^{۱۱} نقطه پایانی^{۱۲}، میزان تأثیر^{۱۳} یا سنجش اثر معیاری در کاربرد پزشکی یا تحقیقات (در درجه اول آزمایش‌های بالینی) است که برای ارزیابی تأثیر مثبت یا منفی مداخله یا درمان استفاده می‌شود (رز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۵؛ ارزیابی سلامت در مراقبت سلامت^{۱۵}، ۲۰۱۸). هر مطالعه «محدودیت‌هایی» دارد. محدودیت‌های مطالعه می‌تواند به دلیل محدودیت در طرح تحقیق یا روش تحقیق وجود داشته باشد و این عوامل ممکن است بر یافته‌های مطالعه تأثیر بگذارد. با این حال بسیاری از محققان تمایلی به بحث در مورد محدودیت‌های مطالعه خود در مقاله‌های خود ندارند، زیرا احساس می‌کنند که ذکر محدودیت‌ها می‌تواند ارزش تحقیقاتی آن را نزد خوانندگان و منتقدان تضعیف کند. اما کشف محدودیت‌ها، نقاط ضعف و نقاط قوت در یک پژوهش، نه تنها می‌تواند نشان دهنده صداقت، دقت و نگاه حرفه‌ای پژوهشگر و ارزشمندی آن پژوهش باشد، بلکه به پیشبرد مسیر علمی آن پژوهش، اصلاح نقاط ضعف و محدودیت‌ها، تقویت نقاط قوت و ابتکار در چشم اندازها و پژوهش‌های آینده شود. این مساله در پیوند اصول اخلاقی و حرفه‌ای رقم می‌خورد و بسیار حساس است؛ به‌ویژه وقتی جامعه مورد هدف انسان‌ها باشند.

۲- روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف بررسی محدودیت‌های محتوا و ساختار گروه درمانی شناختی-رفتاری در ایران و خارج از کشور انجام شد. سوال پژوهشی ما این بود که CBGT در ایران و خارج از کشور چه محدودیت‌های محتوایی و ساختاری دارد؟ چه پیشنهادهایی برای رفع محدودیت‌های CBGT مطرح است؟ آیا محدودیت‌های CBGT در ایران و خارج از کشور تفاوت دارند؟ برای پاسخ به این سوال‌ها، به بررسی متون و ادبیات مرتبط با CBGT و

^۶Core beliefs

^۷Sahin & Sahin

^۸Tam

^۹Louk

^{۱۰}Outcome

^{۱۱}result

^{۱۲}endpoint

^{۱۳}Effect measure

^{۱۴}Ross

^{۱۵}Assessment of methods in health care

پژوهش‌های منتخب از بین ۲۰۰ مورد از جدیدترین پژوهش‌های صورت گرفته (در ۷ سال اخیر) در داخل و خارج از ایران، بیش از ۶۰ پژوهش بررسی شدند. از بین این موارد، محدودیت‌ها (۳۰ پژوهش در ایران و خارج از کشور) به‌علاوه ادبیات پژوهشی پایه درخصوص CBGT به‌طور اولیه و مستقیم تحت بررسی قرار گرفتند. بدین منظور جهت گردآوری پژوهش‌ها به جستجو در وب سایت‌ها و پایگاه‌های اینترنتی از جمله ساینس دایرکت،^{۱۶} پاب‌مد،^{۱۷} گوگل اسکولار،^{۱۸} الزاویر،^{۱۹} ویلی،^{۲۰} اسپرینگر،^{۲۱} گیلفورد،^{۲۲} تیلور و فرانسیس،^{۲۳} صفحه اصلی گوگل و انجمن روانشناسی آمریکا،^{۲۴} جستجو در نشریاتی خارجی از جمله روان درمانی رفتاری و شناختی،^{۲۵} مجله روانشناسی بالینی و سلامت،^{۲۶} روانشناسی بالینی و روان درمانی،^{۲۷} رفتار درمانی،^{۲۸} آرشیو روان‌پزشکی، مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی^{۲۹} و در ایران پایگاه‌های علمی از جمله مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی،^{۳۰} مگیران،^{۳۱} پرتال جامع علوم انسانی و نشریات دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداختیم. این جستجوها علاوه بر مرور کلی و بررسی جز به جز در پایگاه‌های ذکر شده، شامل سرچ کلید واژگانی لاتین از جمله «cognitive behavioral group therapy»، «CBGT»، «cognitive behavioral therapy»، «CBGT»، «research limitations» و «behavioral group therapy» به‌علاوه واژگانی چون «effectiveness»، «efficacy»، «results»، «outcomes»، «sleep disorders»، «anxiety disorders»، «depression» و «bipolar mood and psychosis» و «psychotic» و به زبان پارسی واژگانی چون «درمان شناختی-

^۱Science Direct

^۲PubMed

^۳Google Scholar

^۴Elsevier

^۵Wiley

^۶Springer

^۷Guilford

^۸Taylor & Francis

^۹American Psychological Association

^{۱۰}Behavioral and Cognitive Psychotherapy

^{۱۱}Journal of Clinical and Health Psychology

^{۱۲}Clinical Psychology & Psychotherapy

^{۱۳}Behavior therapy

^{۱۴}Archive of Psychiatry، Journal of Consulting and Clinical Psychology

^{۱۵}SID

^{۱۶}Magiran

رفتاری گروهی»، «گروه درمانی شناختی-رفتاری»، «اثربخشی مداخله گروهی شناختی-رفتاری»، «نقاط ضعف و قوت در گروه درمانی شناختی-رفتاری» و «محدودیت‌های گروه درمانی شناختی-رفتاری» در صفحه جستجوی گوگل و صفحات ذکر شده صورت گرفته است.

۳- معیارهای ورود و خروج پژوهش:

معیارهای ورود پژوهش:

در پژوهش حاضر شامل موارد زیر هستند: ۱- مطالعات در خصوص بررسی اثربخشی CBGT؛ بازه زمانی پژوهش شامل تحقیقاتی که در ۷ سال اخیر در ایران (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹) و خارج از ایران (۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰) انجام شدند؛ ۲- از نظر سن نمونه پژوهش‌های مورد بررسی بین ۲۰ تا ۸۰ سال را شامل می‌شود.

معیارهای خروج پژوهش:

شامل موارد زیر هستند: ۱- مداخله‌های غیر از CBGT؛ ۲- پژوهش‌های پیش از سال ۱۳۹۲ در ایران و پیش از ۲۰۱۳ در خارج از ایران؛ ۳- پژوهش‌هایی که نمونه آن‌ها کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود (پژوهش‌هایی که سن افراد شرکت کننده در نمونه پژوهش زیر ۲۰ سال بود، حذف شدند).

۴- محدودیت‌های گروه درمانی شناختی رفتاری (CBGT) در خارج و داخل ایران

نتایج و محدودیت‌های CBGT از نظر محتوایی و ساختاری در پژوهش‌های (باور و همکاران، ۲۰۱۹)، (لکونته و همکاران، ۲۰۱۵)، (چندلر و همکاران، ۲۰۱۹)، (تولین و همکاران، ۲۰۱۵)، (کنکلین و همکاران، ۲۰۲۰)، (گرین و همکاران، ۲۰۱۳؛ گرین و همکاران، ۲۰۱۹؛ آیز و همکاران، ۲۰۱۱)، (بالابانویچ و همکاران، ۲۰۱۲)، (وانگ و همکاران، ۲۰۱۴)، (کوپیروز و همکاران، ۲۰۱۶)، (بارکوفسکی و همکاران، ۲۰۱۶)، (موریسون و همکاران، ۲۰۱۹)، (گلدین و همکاران، ۲۰۱۶؛ ۲۰۱۷)، (بلوک-لرنر، ۲۰۰۷)، (وسنر و همکاران، ۲۰۱۹)، (ویکتور و همکاران، ۲۰۱۷)، (وسنر و همکاران، ۲۰۱۴)، (پاردیکوپر و همکاران، ۲۰۲۰)، (وان استراتن و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوکاجیما و همکاران، ۲۰۱۹؛ اوکاجیما و همکاران، ۲۰۱۱)، (کوفل و همکاران، ۲۰۱۵)، (مورین و اسپی، ۲۰۰۳؛ دی ویرد و همکاران، ۲۰۰۴؛ پیپریدو و همکاران، ۲۰۰۸؛ وندرام و همکاران، ۲۰۱۳؛ آلانیس-گوارا و همکاران، ۲۰۰۵، کوان و همکاران، ۲۰۰۹)، (سمدال و همکاران، ۲۰۱۷؛ وان آختربرگ و همکاران، ۲۰۱۱) و (وان دیک و همکاران، ۲۰۱۹) در خارج از کشور ایران مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج و محدودیت‌های CBGT در پژوهش‌های (شهرابی و همکاران، ۱۳۹۵)، (نیک یار و همکاران، ۱۳۹۲)، (مومنی و رفیعی دلفان، ۱۳۹۷)، (شخمگر و همکاران، ۱۳۹۹)، (مددی و همکاران، ۱۳۹۹)، (جنابی قدس و همکاران، ۱۳۹۹)، (ابراهیمی، ۱۳۹۹)، (محمدیان آکردی و همکاران، ۱۳۹۷)، (مرادی منش و باباخانی، ۱۳۹۶)، (قزل‌سفلو و همکاران، ۱۳۹۷)، (اکبری، ۱۳۹۸)، (نجفی و مرادزاده خراسانی، ۱۳۹۴)، (شاه نظری و حائری‌ها، ۱۳۹۵)، (دهن‌بی و رادسپهر، ۱۳۹۶) و (نصرالهی و موسوی مقدم، ۱۳۹۷) در ایران بررسی شدند.

همه تحقیقات مرور شده در ایران از نوع آزمایشی با گروه کنترل به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و در برخی موارد به همراه مراحل پیگیری بود. محدودیت‌های گروه درمانی شناختی-رفتاری در ۱۰ زمینه به شرح زیر بررسی شدند:

۴-۱- ارزیابی (ابزارها، فرایند و روش تشخیصی) در CBGT :

بررسی سابقه خانوادگی دقیق برای جمعیت مورد مداخله یا پژوهش، همچنین داده‌های معتبر و ابزارهای تشخیصی اولیه کافی نبودند، داده‌های دوره‌های آشکار بیماری قبلی شرکت کنندگان محدود بودند. برای ارزیابی از مازول‌های استاندارد مانند مصاحبه ساختار یافته استفاده نشد، در ضمن برای تشخیص بیماری همبود، به جای ارزیابی رسمی از مصاحبه بالینی اختصاصی استفاده شد، به یادداشت‌های بیماران اتکا شد. ارزیابی اثربخشی CBGT برای تشخیص تفاوت‌های معنادار بالینی که حاکی از حداقل میزان قابل قبول بودن این مطالعه است محدودیت داشت. مؤلفه‌های یک مطالعه شامل معیار رسمی برای تشخیص (از جمله بی‌خوابی) نبود و (مواردی مانند کیفیت پایین خواب برای بی‌خوابی) به عنوان یک معیار جایگزین مورد استفاده قرار گرفت و از ارزیابی انتزاعی به جای ارزیابی عینی استفاده شد. در پژوهش‌های داخلی (در ایران) افزون بر موارد فوق، عدم کنترل متغیرهایی مانند موقعیت اجتماعی، رضایت زناشویی و خانوادگی، میزان حمایت اجتماعی و ارزیابی تأثیر آموزش از طریق رسانه‌های عمومی اشاره کرد که بر ارزیابی‌ها تأثیرگذار بودند. همچنین در ارزیابی و درمان زنان استفاده از پرسش در زمینه‌های خاص از جمله مسائل خصوصی و جنسی در گروه امکان پذیر نبود.

ارزیابی بیماران یا شرکت کنندگان بیشتر از روش خودگزارش دهی می‌باشد که شیوه ارزیابی در موارد پیچیده یک محدودیت ایجاد می‌کند، چرا که در تغییرات و معیارهای مورد سنجش ممکن است درک بیمار متفاوت باشد و اشتباه خود را گزارش دهد و یا متفاوت از نظر متخصص یا با ابزارهای معتبر خود را گزارش کند. همچنین در نظر گرفتن عوامل اجتماعی فرهنگی از جمله تابو و ننگ دانستن مسائل خاص به‌ویژه مسائلی که با عرف، فرهنگ و مذهب ناهماهنگ هستند ممکن است در خودگزارش دهی و فرایند خودافشاگری و نتیجه در فرایند ارزیابی گروه درمانی شناختی رفتاری اختلال ایجاد می‌کند. این مسئله در کشورهایی با بافت مذهبی و تأثیر بالای نهادهای اجتماعی مانند خانواده، گروه‌های همسالان و جوامع محلی بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد. در تحقیقات داخلی کنترل سایر عوامل تأثیرگذار بر متغیرهای وابسته صورت نپذیرفته است، لذا نمی‌توان کاهش میزان تأثیر مداخله را به عدم کارایی CBGT در آن زمینه خاص نسبت داد.

عدم وجود مطالعات پیگیری بعدی یکی از محدودیت‌های مهم در این زمینه بود. در پژوهشی که برای جمعیت مبتلا به اختلال احتکار^۲ (HD) صورت گرفته بود. باتوجه به این که، این اختلال ماهیت مزمنی دارد، هیچ‌گونه سنجش‌های بلندمدت و مطالعات پیگیرانه‌ای صورت نگرفته بود. بنابراین تأثیر مداخله گروهی بر علائم و نشان‌های HD پس از گذشت زمان مشخص نشد. در چند پژوهش ابهام در ماندگاری و اعتبار نتایج درمان از محدودیت‌های اصلی به شمار رفت. عدم بررسی‌های پیگیرانه در بیشتر تحقیقات به‌ویژه مداخله‌های داخل کشور ایران وجود داشت. در مطالعه یک که به تأثیر CBGT بر افراد دچار مشکلات خواب پرداخته بود. داده‌های پیگیری در مورد علائم افسردگی احتمالی جمع‌آوری نشد که به عنوان یک محدودیت در تحقیق در نظر گرفته شد. زیرا خواب و کیفیت زندگی ممکن است تحت تأثیر علائم افسردگی نیز باشند. در مطالعه‌ای دیگر که به بررسی آزمایش‌های میانجی‌گری^۳ پیشرفت‌های پس از درمان اضطراب اجتماعی، استانداردهای لازم را برای آزمایش همدلی (یک متغیر

^۲Hoarding Disorder (HD)^۳Mediation

وابسته) به عنوان یکی از اجزا درمان نداشت و میانجی‌گری و نتایج‌گذا صورت همزمان اندازه‌گیری شدند. همچنین پژوهشی در ایران صورت گرفته بود و CBGT (جهت بررسی اثربخشی) در کنار درمان‌های متداول برای مبتلایان به ضایعات حسی و حرکتی نخاعی پیشنهاد گردید. پژوهش دیگری که در ایران صورت گرفته بود. بازه زمانی ۴۵ روزه به عنوان دوره پیگیری برای بیماران روان‌تنی در نظر گرفته شد، این موضوع از محدودیت‌های پژوهش به حساب می‌آمد.

در نظر داشتن جایگاه و نوع متغیرهای مؤثر بر وضعیت شرکت کنندگان بسیار اهمیت دارد به ویژه هنگامی که این متغیرها در مراحل مختلف مداخله نقش، شدت و وضعیت متفاوتی پیدا می‌کنند. همچنین در نظر داشتن نوع و مرحله بیماری یا اختلال عامل مهمی به شمار می‌آید و عدم انجام مراحل پیگیری متناسب با اهداف پژوهشی یا درمانی برای بیماران در وضعیت‌های خاص (بیماری‌های حاد: سکته، بیماری‌های مزمن: فشارخون، اختلال‌های شدید مانند دوقطبی) می‌تواند خطر ساز باشد.

۴-۲- فرایند و محتوای مداخله:

با توجه به بررسی یک پژوهش نشان داده شد که کتابچه راهنمای مداخله گروه درمانی براساس اصول درمانی معتبر بود اما با نیازهای مراجعان منطبق نبود. (انبوه) فشردگی محتوای هر کدام از جلسات درمان گروهی CBT مانع از کار بر روی تمام آن‌ها می‌شد و به این معنی است که برخی مؤلفه‌های خاص این درمان ممکن است توسط شرکت کنندگان درک نشود و به تبع آن انجام نشود (حتی در صورت زمان کافی برای تکرار و تمرین) و به دنبال آن اهداف درمانی کاملاً تأثیر گذار نخواهند بود. در یک مطالعه زیرمجموعه‌ها و مؤلفه‌هایی که باعث برانگیخته شدن و تحریک کردن علایم یائسگی شد به درستی مشخص نشدند و از هم تفکیک نشدند که می‌توانست بخشی از محتوا و فرایند گروه درمانی توسط گروه درمانگر در نظر گرفته شود. در پژوهش دیگر همدلی با ویدیو و کلیپ‌های مشابه مورد ارزیابی قرار گرفت که ممکن است همین موضوع دلیلی برای ابهام در یافته‌های این مطالعه باشد.

استفاده از صفحات و پلتفرم‌های مجازی در کنار فواید متعدد، محدودیت‌هایی هم دارند از جمله می‌توان به خطر افتادن رابطه درمانی مثبت، مشکلات اینترنتی (قطع شدن اینترنت) و ناتوانی در انجام برخی تکنیک‌های شناختی رفتاری از جمله درمان‌های رفتاری مشارکتی اشاره کرد. با این حال استفاده از این ابزار در شرایط خاص مانند پاندمی بسیار سودمند است. در ایران عدم آموزش از طریق رسانه‌ها، سایت‌ها و پلتفرم‌های آموزشی و یا ناپختگی در زیرساخت‌های ارائه خدمات مجازی را می‌توان بخشی از ضعف‌ها و محدودیت‌های پژوهشی و درمانی به‌ویژه برای گروه درمانی اشاره کرد. نیاز به استفاده از ابزار مجازی به‌ویژه در شرایط پاندمی (COVID19) کنونی بیش از پیش احساس می‌شود و برای افرادی که نیازمند به درمان گروهی هستند نوعی ضرورت محسوب می‌شود.

۴-۳- تعداد جلسات و تلفیق روان‌درمانی:

با توجه به مرور پژوهش‌ها، تعداد بیشتر جلسات CBGT و یا بیشتر شدن جلسات CBGT در تلفیق با درمان‌های دیگر مانند آموزش تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای، با نتایج بهتری همراه بود.

^۲Outcome

در ایران محدودیت زمانی ممکن است از اجرای مداخله‌های مفصل و یا تلفیق درمان‌های دیگر در بافتار CBGT، به دلایل افزایش هزینه‌های درمان، شرایط بیماری و مقتضیات محیط درمانی مقدور نباشد.

۴-۴- محیط و مکان مداخله:

در یک مطالعه، مداخله CBGT در یک بیمارستان خصوصی انجام شد و درمانگران زندگی واقعی خود را تجربه می‌کردند و بیماران هم مشوق خاصی برای شرکت در این پژوهش دریافت نکردند که این موضوع به خودی خود کارایی تمرین‌های CBGT در زندگی واقعی را افزایش داد. اما پژوهش‌هایی که در ایران صورت گرفته بودند عمدتاً با محدودیت مکانی برای اجرای CBGT همراه بودند. این پژوهش‌ها به چند صورت دارای محدودیت بودند: الف- محیط‌هایی که درمانگران در کنار بیماران به زندگی واقعی خود بپردازند و با آن‌ها در تعامل باشند وجود نداشت؛ ب- در محیط‌های پزشکی اتاق مخصوص ویژه روان‌درمانی وجود نداشت؛ ج- در محیط‌هایی که مکان مجزا برای روان‌شناس و روان‌درمانی وجود داشت، ابزارهای لازم جهت ارزیابی و آموزش وجود نداشت.

می‌توان نتیجه گرفت که حضور هم‌زمان روان‌درمانگر در محیط درمانی به اثربخشی بالاتر مداخله کمک می‌کند. این امر احتمالاً به دلیل پایش‌های دقیق بیمار توسط درمانگران و ایجاد رابطه درمانی مؤثرتر محقق می‌گردد.

۴-۵- بافت جغرافیایی- فرهنگی- اجتماعی :

پژوهش‌های مرور شده در بافتارهای جغرافیایی- فرهنگی- اجتماعی متفاوتی از جمله آسیا، اروپا و آمریکا در موضوعات و روش‌های متفاوتی انجام شدند. اما این پژوهش‌ها هم‌زمان نبودند. از سوی دیگر پژوهش‌های صورت گرفته در ایران عمدتاً در زمینه بیماری‌های روان تنی صورت گرفتند.

۴-۶- عدم هماهنگی در میزان تخصص درمانگر و تعداد درمانگر و دستیاران:

عموماً پژوهش‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری توسط یک درمانگر ارائه می‌شوند. در یکی از پژوهش‌ها تسهیل‌گری هر کدام از گروه‌های پژوهش را یک درمانگر بر عهده داشت. بنابراین اینکه نتایج مطالعه مذکور توسط درمانگران متعدد دیگر چگونه خواهد بود مشخص نیست. تأثیر مثبت درمانگر در خصوص نتایج درمان در این مطالعه، ممکن است وابسته به موارد مرتبط با درمانگر مانند سال‌های تجربه کار بالینی، سوابق آموزشی و تخصص فردی او نیز باشد.

ارائه گروه درمانی توسط یک درمانگر مسئله‌ای طبیعی و مرسوم است که می‌تواند به تقویت رابطه درمانگر و بیمار، پیشگیری از تعارضات در آموزش، رابطه بیماران و عدم دوگانگی در تصمیمات و قضاوت‌های بالینی برای پیشبرد اهداف درمانی گردد. همچنین درمانگر به‌طور مستقیم و همه جانبه با مسائل بیماران در ارتباط است. با این حال ممکن است کارآزمودگی، تجربه‌کاری، سوابق آموزشی، تخصص و ویژگی‌های درمانگر به‌ویژه در مطالعاتی که گروه درمانی بر چند گروه مداخله به‌طور هم‌زمان اعمال می‌شود بر نتایج مداخله تأثیر بگذارند. این سوال پیش خواهد آمد که آیا مداخله فوق توسط درمانگر دیگر نیز به همین میزان اثربخش است؟ در نتیجه استفاده از یک درمانگر برای گروه‌های مختلف مداخله، استفاده از چند درمانگر برای گروه‌های مختلف مداخله، استفاده از یک درمانگر برای یک گروه مداخله و استفاده از بیش از یک درمانگر برای یک گروه درمانی مسئله‌ای است که در تحقیقات آینده می‌بایست

بیشتر به مزایا، معایب و اولویت استفاده از آن متمرکز شد. در جلسات گروه درمانی، گاهی دستیاری (یاور) از بین اعضای گروه انتخاب می‌شود که می‌تواند به ارتقا مسئولیت‌پذیری، نقش همکاری در مدیریت و تنظیم گروه، افزایش اعتماد به نفس و مزایای درمانی دیگری برای دستیار همراه گردد. انتخاب دستیار می‌تواند بسته به قضاوت درمانگر، تصادفی، نوبتی، افراد خاص در گروه (دارای شرایط و نیازهای خاص) و یا فرد ثابتی در گروه باشد. در مواردی نیز نقش دستیار در گروه به درمانگر دوم یا تکنیسین داده می‌شود.

۴-۷- مشارکت و افت شرکت کنندگان در گروه درمانی:

شرایطی وجود دارد که سبب افزایش افت (ریزش)، کاهش مشارکت و یا حضور بی‌کیفیت بیماران و متعاقباً کاهش اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در این دسته بیماران می‌شود. بررسی پژوهش‌ها نشان داد که وجود گزینه‌های درمانی دیگری که بیماران برای خود می‌دیدند، مشارکت آن‌ها در کمتر از ۵۰ درصد جلسات درمانی، دلایل و شرایط پزشکی، شروع روان‌درمانی به صورت خیلی رسمی و نیز ترکیبی از دلایل گفته شده از جمله این موارد بودند. افزون بر اهداف اصلی درمانی در یک مداخله CBGT، این نوع مداخله بر عوامل غیراختصاصی مشکلات فردی دیگری که در اهداف درمانی آن مداخله گنجانده نشده‌اند نیز تأثیر مثبت می‌گذارد. احتمالاً این تأثیر از طریق دریافت توجه و افزایش زمان ارتباط مراجع با درمانگر، بهبود وضعیت کلی و پاتولوژی مشترک برخی مشکلات باشد که به‌عنوان نقطه قوت گروه درمانی به‌شمار می‌رود. در یک پژوهش به چالش کشیده شدن ارائه CBGT برای بیماری‌های طیف وسواس از جمله HD به دلیل رفتارهای مداخله‌گری مثل تمایل به صحبت کردن و گفتن داستان خود و تحلیل کردن به جای اقدام و عملکرد به دلیل بازخورد منفی سبب کاهش مشارکت اعضای گروه شد. به دلیل کنترل نشده بودن این مطالعه، ممکن است بهبود علایم ناشی از عوامل غیراختصاصی مانند زمان و رابطه درمانی باشد. در ایران می‌توان به جامعه مورد هدف پژوهش‌نگاهی داشت. در این زمینه می‌توان به عدم حضور برخی از شرکت کنندگان در جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه پیگیری اشاره کرد که با تماس تلفنی و ارسال پیامک به آن‌ها، تا حدی این عدم مشارکت و افت آزمودنی کنترل شد. همچنین در پژوهشی که در جمعیت زنان صورت گرفت درباره مسائل زنانه، یائسگی، مسایل جنسی و ارتباط به‌طور کلی خودافشاگری و میل به گفت‌وگو پایین بود.

می‌توان نتیجه گرفت که در پژوهش‌های نوین نیز عوامل مؤثر بر مشارکت و افت شرکت کنندگان در گروه درمانی شناختی- رفتاری شناخته نشده‌اند. اما در مجموع این موارد می‌توانند محیط مداخله، شرایط اجتماعی- اقتصادی، سطح سواد، انتخاب‌های درمانی دیگر، ویژگی‌های شرکت کنندگان، نوع اختلال، نحوه تعامل با اعضای گروه، ویژگی‌های درمانگر، طول مدت مداخله، سختی تکالیف درمانی، نحوه آموزش مدل شناختی- رفتاری و آموزش روانی را دربرگیرند. در ایران برخی عوامل که با شرایط ارزشی جامعه ناهم‌خوان هستند ممکن است بر سطح مشارکت و افت بیماران تأثیر بگذارند. این موارد از اعتقادات اجتماعی و مذهبی جامعه از جمله گروه درمانگر مرد برای شرکت کنندگان زن، ارائه مباحث جنسی در گروه درمانی و قبح خودافشاگری نشأت می‌گیرند.

۴-۸- ملاحظات اقتصادی و مقرون به صرفه بودن:

مطالعه نقاط قوت و محدودیت پژوهش‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری نسبت به گروه درمانی‌های دیگر (با جلسات متعدد) و درمان‌های انفرادی نیاز به صرف وقت و هزینه کمتری دارد پس مقرون به صرفه‌تر است. اما از طرف دیگر برنامه‌ریزی جلسات فردی نسبت به گروهی راحت‌تر می‌باشد.

همان طور که گفته شد گروه درمانی شناختی- رفتاری با تعداد جلسات بیشتر و تلفیق درمان‌های دیگر با نتایج بهتری همراه بود. به نظر می‌رسد اتخاذ تصمیم برای استفاده از پکیج‌های مفصل‌تر CBGT و یا تلفیق با درمان‌های دیگر مستلزم شناخت کافی از شرایط و محیط درمانی، نوع و مرحله بیماری، وجود انتخاب‌های درمانی دیگر، شرایط اجتماعی- اقتصادی بیماران، رضایت مالی درمانگران، بیمه‌ها و تأمین کنندگان مالی سلامت است.

۴-۹- ضرورت و اولویت ارائه مداخله:

مطالعه بخش نتیجه‌گیری و پیشنهادهای پژوهش‌ها نشان داد که این نوع مداخله تقریباً در همه موارد انجام شده به درجات مختلفی اثربخش بود. محققان در بخش پیشنهادهای پژوهشی این مداخله‌ها به جای الزام به انجام آن (ضرورت مداخله)، به ذکر پیشنهاد جهت سودمندی آن در موارد اثربخش اکتفا کردند. این در حالی بود که در برخی پژوهش‌ها، گروه درمانی اثربخشی قابل قبول و حتی بالاتری نسبت به درمان‌های فردی داشت.

۴-۱۰- شدت، حدت، نوع بیماری و اختلال همبود در مداخله:

در یک مطالعه بر خلاف مطالعات دیگر میزان بالایی از شیوع افسردگی همبود با HD وجود داشت (۸۰٪) که باعث محدود شدن ظرفیت مقایسه با دیگر مطالعات شد. در این مطالعه هیچ اطلاعاتی از روان‌درمانی هم‌زمان برای درمان اختلالات خلقی و اضطرابی شرکت کنندگان جمع آوری نشد. در حالی که ممکن است این اختلالات به خودی خود روی نتیجه مطالعه و ظرفیت تعمیم‌پذیری آن تأثیر گذار باشد. در مطالعه‌ای دیگر طول مدت زمان حملات صرعی که ممکن است روی مداخلات CBGT مؤثر باشد و یا باعث ایجاد اختلالات خواب مانند آپنه خواب شود در نظر گرفته نشد. در مطالعات دیگر نشان داده شد که بیماران با مشکلات شدیدتر کمتر روند درمان را کامل می‌کنند و کمتر در مراحل پیگیری شرکت می‌کنند. همچنین با تحلیل روش نمونه‌گیری به این در پژوهش‌های مختلف، به نتیجه رسیدیم که نوع اختلال بر روش نمونه‌گیری پژوهشگران تأثیرگذار بود. برخی اختلال‌ها مانند اختلال‌های روان‌تنی به دلیل اینکه عمدتاً بیماران در بخش‌های بستری بیمارستان‌ها حضور داشتند و یا به دلیل ماهیت آشکار بیماری برای شرکت در گروه درمانی پذیرش بالاتری داشتند از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. می‌توان چنین استدلال کرد که در پژوهش‌هایی با نمونه‌گیری تصادفی انگیزه شرکت در پژوهش توسط شرکت کنندگان امری مهم است. داشتن سابقه و تشخیص اختلال کنونی یا بیماری مشخص ممکن است فرد را درصدد شرکت در مداخله برانگیزد. از طرفی مداخله‌هایی که به دلیل ماهیت اختلال و روش‌های درمانی CBGT، عقاید و باورها به چالش کشیده می‌شوند ممکن است فرد را برای شرکت در مداخله دچار تردید کند. این مسئله ممکن است انتخاب نمونه از جامعه مذکور را جهت پژوهش یا ارائه مداخله دچار مشکل کند. این احتمال وجود دارد که پژوهشگران در بافت‌های سنتی و مذهبی به‌ویژه در کشور ایران بیشتر با این چالش روبه‌رو باشند.

۵- نتیجه‌گیری:

هدف این مطالعه بررسی مروری محدودیت‌های به‌کارگیری گروه درمانی شناختی- رفتاری در ایران و خارج از کشور بود. در پژوهش حاضر تحقیقات داخل و خارج از ایران در زمینه چالش‌ها و محدودیت‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری (CBGT) از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفتند. در نتیجه محدودیت‌های مذکور چه در کشور

ایران و چه در سایر کشورها، ۱۰ زمینه دسته بندی شدند. نتیجه این دسته بندی ده گانه موارد زیر را شامل شدند:

- ۱- ارزیابی (فرایند و روش تشخیص)؛ ۲- فرایند و محتوای مداخله؛ ۳- تعداد جلسات و تلفیق روان درمانی؛ ۴- محیط و مکان مداخله؛ ۵- بافت جغرافیایی- فرهنگی- اجتماعی؛ ۶- عدم هماهنگی در میزان تخصص درمانگر و تعداد درمان گر و دستیاران؛ ۷- مشارکت و افت شرکت کنندگان در گروه درمانی؛ ۸- ملاحظات اقتصادی و مقرون به صرفه بودن؛ ۹- ضرورت و اولویت ارائه مداخله و ۱۰- شدت، حدت، نوع اختلال و بیماری همبود در مداخله.

از محدودیت های پژوهش مروری حاضر، بررسی محض مطالعات آزمایشی اثربخشی مداخله CBGT (مطالعات آزمایشی) و کنارگذاشتن سایر روش های پژوهشی بود. البته این عدم توجه با اهداف پژوهشی تناسب داشت. همچنین در نظر گرفتن محدوده برای مرور پژوهش های آزمایشی CBGT، عدم بررسی پژوهش های صورت گرفته در سال های پیش از ۲۰۱۳ سبب می شود که یافته ها و نتایج کسب شده از پژوهش حاضر، صرفاً مربوط به اغلب تحقیقات بین سال های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ (بازه زمانی ۷ ساله) و نه همه ی آنها می باشد. در نتیجه تعمیم نتایج را با محدودیت روبه رو می سازد. از دیگر محدودیت ها می توان به عدم مقایسه تفاوت های موجود در پژوهش های ایران با سایر کشورها پراخت. عدم بررسی عوامل مختلف اثرگذار بر افت تعداد شرکت کنندگان (علت عدم تمایل به ادامه درمان گنگ و نامعلوم است، به عنوان مثال مربوط به عامل سنتی و مذهبی بودن جامعه ایران است یا خیر!!) از محدودیت های این پژوهش است.

از نقاط قوت پژوهش حاضر می توان به نو بودن، مرور پژوهش های نوین در این زمینه و نیز اختصاصی بودن هدف پژوهش (چالش های اجرای مداخله) اشاره کرد. در این پژوهش به چالش های روش شناسی، میزان اثربخشی و سایر جنبه های مداخله اشاره نشده است. پیشنهاد می شود برای ارزیابی دقیق این مداخله، بررسی های مروری مکرر صورت گیرد تا CBGT بهینه و به روز رسانی گردد.

پیشنهادهات:

بخش ارزیابی: بنابر یافته های ذکر شده، پیشنهاد می شود یک معیار رسمی تشخیصی برای بی خوابی در پژوهش های آزمایشی CBGT استفاده شود این مطالعه بیشتر بر ارزیابی های انتزاعی برای سنجش اختلال خواب متکی بود و عدم ارزیابی عینی خواب از جمله پلی سومنوگرافی یک محدودیت به حساب می آید که می تواند در مطالعات بعدی اصلاح گردد.

ارزیابی های تصادفی در صورت امکان پذیر بودن برای بیمارانی که علائمی به طور لحظه ای و یا تصادفی دارند، بیمارانی که باید نمونه خاصی از رفتار آنها مورد سنجش قرار گیرد و یا بیمارانی که امکان دارد خود را خوب یا بد جلوه دهند، ممکن است مفید باشد، همچنین ارزیابی های دقیق پیش از مداخله، ثبت تغییرات هنگام مداخله، ارزیابی پس از مداخله از جمله بازآزمون و مراحل پیگیری می توانند به عینیت بخشی و ثبت تغییرات در مداخله های CBGT کمک کنند.

به نظر می رسد انجام مطالعات پیگیری با ارزیابی های میان مدت و بلند مدت مکرر به عنوان مراحل اجرای مداخله ها و پژوهش های آزمایشی CBGT به ارتقا ارزیابی و اثربخشی این نوع مداخله کمک می کند. اگر مراحل سنجش و

مراحل پیگیری به‌طور مکرر و به موقع صورت گیرند سنجش‌ها واقع بینانه‌تر و دقیق‌تر می‌شوند و سبب می‌شود تا درمانگران و پژوهشگران به درک بهتری از تأثیر انواع متغیرها و وضعیت بیمار دست یابند.

از سوی دیگر آموزش‌های پیش از گروه درمانی و آشنا ساختن گروه‌های مختلف اجتماع با این نوع درمان برای پذیرش بهتر و همکاری در خودگزارش دهی و کمرنگ ساختن عامل ننگ در اختلال‌های روانشناختی می‌توانند کمک شایانی داشته باشند، البته این مسئله نیازمند فرهنگ سازی پایه است. به طور کلی استفاده هم‌زمان از معاینه بالینی و ابزارهای روانشناختی و در نظر گرفتن گروه کنترل به تشخیص بهتر می‌انجامد.

بخش فرایند و محتوای مداخله: با توجه به بررسی و مرور پژوهش‌ها، در نظر گرفتن کتابچه راهنما و کتاب کار (متناسب با نیازها و اختلالات بیماران) می‌تواند سودمند است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران کتابچه‌های راهنمای ویژه اختلال طراحی کنند یا در انتخاب کتابچه‌های منتشر شده دقیق‌تر عمل کنند. همچنین استفاده از ویدیوها و محتوای آموزشی برای تسهیل مداخله سودمند است. اما این امکان وجود دارد که استفاده بیش از حد از آن‌ها، رابطه درمانی را به خطر اندازد که بخش مهمی از مداخله CBGT است.

بخش تعداد جلسات و تلفیق روان‌درمانی: پیشنهاد می‌شود که برای اثربخشی بالاتر در مداخله‌های CBGT و نیل به اهداف درمانی، مداخله‌ها به صورت کامل انجام شود و تعداد جلسات بیشتر شود. همچنین تلفیق مداخله‌های سازگار که می‌توانند تأثیر CBGT را ارتقا دهند و به نوعی می‌توانند مفید باشد. درمانگر برای رفع محدودیت زمان به بررسی همه جانبه شرایط بپردازد، تعداد جلسات را براساس شرایط بیماران تنظیم نماید.

بخش محیط و مکان مداخله: پیشنهاد می‌شود برای رفع محدودیت مکان مداخله محیط‌های درمانی، مکان مناسب و مجزا برای گروه درمانی اختصاص یابد. همچنین مکان مداخله به ابزارهای لازم جهت ارزیابی و مداخله مذکور تجهیز گردد.

بخش بافت جغرافیایی - فرهنگی - اجتماعی: پیشنهاد می‌شود برای تعیین تأثیر نقش عوامل جغرافیایی - اجتماعی - فرهنگی بر نتایج مداخله، مداخله‌های هم‌زمان و یکسان در بافت‌های جغرافیایی - اجتماعی - فرهنگی مختلف انجام شود. در برخی کشورها این نوع مداخله به‌طور معنی داری برای برخی جمعیت‌ها بیشتر اعمال شد. برای نمونه در ایران این نوع مداخله عمدتاً برای بیماران روان‌تنی صورت گرفته است. این بدان معنی نیست که اختلال‌های روان‌تنی شیوع بالاتری از اختلال‌های خلقی دارند. احتمال دارد که عوامل اجتماعی فرهنگ، اعتقادات مرتبط با حضور در گروه درمانی در جمعیت‌های مختلف، محیط مداخله و میزان فراهمی شرایط انجام مداخله برای مداخله‌گران در این زمینه تأثیرگذار باشند.

بخش عدم هماهنگی در میزان تخصص درمانگر و تعداد درمانگر و دستیاران: برای رفع محدودیت‌های تعداد درمانگر و برای اینکه گروه درمانگر در شرایط مداخله بتواند بهترین قضاوت و تصمیم‌گیری را داشته باشد، پیشنهاد می‌شود بررسی‌های ویژه‌ای در این زمینه صورت گیرد.

بخش مشارکت و افت شرکت کنندگان در گروه درمانی: برای رفع محدودیت افت عملکرد پیشنهاد می‌شود که فرصت صحبت کردن برای همه فراهم شود، تشویق اعضا برای برقراری ارتباط با یکدیگر از طریق اظهار نظر در مورد اهداف درمانی و یا دعوت عضوی از گروه‌های قبلی نیز به مشارکت بیشتر اعضای گروه و کاهش افت آن‌ها انجامید.

بخش ملاحظات اقتصادی و مقرون به صرفه بودن: برای رفع محدودیت مالی محقق پیشنهاد می‌کند که درمانگر برای ارائه خدمات درمانی به بیماران تا حدودی از شرایط مالی و اقتصادی آن‌ها آگاه شود و پروتکل درمانی را براساس شرایط آن‌ها تنظیم نماید.

لازم به ذکر است در پژوهش‌های آینده درمان گروهی شناختی- رفتاری تنظیم صحیح طرح درمان و موارد محدودیت‌های ده گانه مشخص شده در این پژوهش به دقت در نظر گرفته شود.

سیاس‌گذاری

از همه عوامل از جمله «مرکز روانشناسی ذهن برتر» که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند سپاسگزاریم.

منابع

- ۱- Alanis-Guevara I, Peña E, Corona T, López-Ayala T, López-Meza E, López-Gómez M. (2005). Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*;7(3):481-5.
- 2- Antoni Michael H., Ironson Gail, and Schneiderman Neil (2007). *Cognitive Behavioral Stress Management: Workbook, Treatments that work*; Oxford University Press.
- 3- Assessment of methods in health care - A handbook. www.sbu.se (Preliminarily translated version, (2018). Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services. [2018]. pp. 18-19. Retrieved 2019-08-28. Lay summary
- 4- Ayers Beverley., Smith Melanie., Hellier Jennifer., Msnn Eleanor., and Hunter Myra. (2011). Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial; *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; ; July 2012 - Volume 19 - Issue 7 - p 749-759. [http://refhub.elsevier.com/S0022-3999\(19\)30590-2/rf0120](http://refhub.elsevier.com/S0022-3999(19)30590-2/rf0120)
- ۵- Balabanovich Janet., Ayers Beverly. and Hunter Myra S. (2012). Women's experiences of Group Cognitive Behaviour Therapy for hot flushes and night sweats following breast cancer treatment: An interpretative phenomenological analysis; *Maturitas*; Volume 72, Issue 3: 236-242. [http://refhub.elsevier.com/S0022-3999\(19\)30590-2/rf0220](http://refhub.elsevier.com/S0022-3999(19)30590-2/rf0220)
- 6- Barkowski, D., Schwartze, B., Strauss, G.M., Burlingame, J., Barth, J. Rosendahl (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials; *Journal of Anxiety Disorders*, 39, pp. 44-64, 10.1016/j.janxdis.2016.02.005
- 7- Bauer M., Leopold K., Bechdorf A., Correll C. U., Holtmann M., Juckel G., Lambert M., Meyer T. D., Pfeiffer S., Kittle-Schneider S., Reif A., Stamm T. J., Rottman-Wolf M. R., Mathiebe J., Kellmann E. L., Ritter P., Kruger-Ozgurdal S., Karow A., Sondergeld LM., Roessner V., Sauer C. and Pfennig A. (2019). Efficacy of cognitive-behavioral group therapy in patients at risk for serious mental illness presenting with subthreshold bipolar symptoms: Results from a prespecified interim analysis of a multicenter, randomized, controlled study, *Bipolar Disorders*: Volume 22, Issue 5, Wiley. <https://doi.org/10.1111/bdi.12894>

- 8- Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspectivetaking and empathic concern? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 501–516. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00034.x>
- 9- Chandler Augusta. Fogg Robert. and Smith Jared G. (2019). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for Hoarding Disorder: Evaluation of outcomes: V 21: 144-150.
- 10- Cherry, K. (2013). About.com. psychology: What is group therapy? Retrieved from <http://psychology.about.com/od/psychotherapy/f/group-therapy.htm>.
- 11- Conklin Danette Y. ,Goto Toyomi , Ganocy Stephen , Loue Sana , Grotta ChristineLa , Delozier Sarah , Brownrigg Brittany , Conroyg Carla., D'Arcangeloh Nicole , Janese Jessica , Ogedec Daisy, aSajatovici Marth (2020). Manualized cognitive behavioral group therapy to treat vasomotor symptoms for women diagnosed with mood disorders; *Journal of Psychosomatic Research*; V 128, 109882. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399919305902>
- 12- Cuijpers, C. Gentili, R.M. Banos, J. Garcia-Campayo, C. Botella, I.A. Cristea (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis *Journal of Anxiety Disorders*, 43, pp. 79-89, 10.1016/j.janxdis.2016.09.003
- 13- DeWeerd A, De Haas S, Otte A, Trenité DK, Van Erp G, Cohen A, et al. (2004). Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy: a questionnaire-based study on prevalence and impact on quality of life. *Epilepsia*;45(11):1397–404.
- 14-Gilliam, C. M., Norberg, M. M., Villavicencio, A., Morrison, S., Hannan, S. E., & Tolin, D.F. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial.*Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 802–807.
- 15- Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 427–437. <https://doi.org/10.1037/ccp0000092>
- 16- Goldin, P. R., Morrison, A. S., Jazaieri, H., Heimberg, R. G & Gross, J. J. (2017). Trajectories of social anxiety, cognitive reappraisal, and mindfulness during an RCT of CBGT versus MBSR for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.001>
- 17- Green Sheryl M., Donegan Eleanor., Frey Benicio N., Fedorkow Donna M., Key Brenda. Streiner David. and McCabe Randi E. (2019). Cognitive behavior therapy for menopausal symptoms (CBT-Meno): a randomized controlled trial; *The Journal of The North American Menopause (Menopause)*; ۲۶ (۹), ۹۷۲-۹۸۰, [http://refhub.elsevier.com/S0022-3999\(19\)30590-2/rf0110](http://refhub.elsevier.com/S0022-3999(19)30590-2/rf0110)

- ۱۸- Green Sheryl zM., Haber Erika., McCabe Randy E and Soares Claudio N. (2013). Archives of Women's Mental Health; 16, pages325–332. [http://refhub.elsevier.com/S0022-3999\(19\)30590-2/rf0105](http://refhub.elsevier.com/S0022-3999(19)30590-2/rf0105)
- 19- Kendra, C. (2013). About.com psychology: What is grouptherapy? Retrieved from <http://psychology.about.com/od/psychotherapy/f/group-therapy.htm>. [Google Scholar] <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2018.1509794>
- 20- Koffel EA, Koffel JB , Gehrman PR. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*;19 : ۶–۱6. doi: 10.1016/j.smrv.2014.05.001
- 21- Kwan P, Yu E, Leung H, Leon T, Mychaski MA. (2009). Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia*;50(5):1059–66.
- 22- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., 2012. Group CBT for early psychosis—are there still; benefits one year later? *International Journal of Group Psychotherapy*,. 62 (2), 309–321.
- 23- Louk, M. S. (2020). What is Cognitive Behavioral Group Therapy; <https://www.wisegeek.com/what-is-cognitive-behavioral-group-therapy.htm>
- 25- Morin C, Espie C. (2003). *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- 26- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2016). Empathy for positive and negative emotions in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 232–242. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.10.005>
- 27- Morrison Amanda S., Mateen Maria A, Brozovich Faith A, Zaki Jamil., Goldin Philippe R., Heimberg Richard G. and Gross James J. (2019). Changes in Empathy Mediate the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy but Not Mindfulness-Based Stress Reduction for Social Anxiety Disorder; *Behavior Therapy*: 0005-7894/. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.005>
- 28- Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Osborne, D., & Mogan, C. (2017). Short-term cognitive-behavioural group treatment for hoarding disorder: A naturalistic treatment outcome study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 235–244.
- 29-Neufeld Carmem Beatriz., Palma Priscila C., Caetano Kátia A.S., Brust-Renck Priscila G., Curtiss Joshua and Hofmann Stefan G. (2020). A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder; *International Journal of Clinical and Health Psychology*: Volume 20, Issue 1, 1 Pages 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>
- 30- Okajima I, Komada Y, Inoue Y. (2019). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol Rhythms* 2011;9(1): 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x>
- 31- Okajima Isa., Komada Yoko and Inoui Yuichi (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia; *Sleep and Biological Rhythms* Volume 9, Issue 1: 24-34. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x>

- 32- Paardekooper Diana., Thayer Zoe., Miller Laurie., Nikpour Armin and Gascoigne Michael B. (2020). Group-based cognitive behavioral therapy program for improving poor sleep quality and quality of life in people with epilepsy: A pilot study; *Epilepsy & Behavior*: Volume 104, Part A, 106884. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106884>
- 33- Paone, T. R., Malott, K. M., & Maldonado, J. M. (2008). Exploring group activity therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(3), 285–302.
- 34- Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, Terzoudi A, Constantinidis T, Vadikolias K, et al. (2008). Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure*;17(7):588–94.
- 35- Ross, David A.; Morrow, Richard H.; Smith, Peter G. (2015). Outcome measures and case definition. Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198732860.001.0001
- Sahin, NH, & Sahin, N (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *The British Journal of Medical Psychology*, 65, 17–26.
- 36- Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*;14(1):
- 37- Sue, D. W., & Sue, S. (2006). *Understanding abnormal behavior* (8th ed.). New York, NY: Houghton Mifflin Company.
- Tam, PWC, Wong, DFK, Chow, KKW, Ng, FS, Ng, RMK, Cheung, MSM: & Mak, ADP (2007). Qualitative analysis of dysfunctional attitudes in Chinese persons suffering from depression. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 17, 109.
- 38- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32(3), 158–166.
- 39- Van Achterberg T, Huisman-de Waal GG, Ketelaar NA, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HC. (2011). How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promot Int*;26(2):148–62.
- 40- Van Dyke Benjamin P. , Newman Andrea, Moraís Calia A., Burns John W, Eyer Joshua C., and Thorn Beverly E. (2019). Heterogeneity of Treatment Effects in a Randomized Trial of Literacy-Adapted Group Cognitive-Behavioral Therapy, Pain Psychoeducation, and Usual Medical Care for Multiply Disadvantaged Patients With Chronic Pain; *Journal of Pain*: Volume 20, Issue 10, P1236-1248, DOI: 10.1016/j.jpain.2019.04.006
- 41- van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. (2017). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev* :38, 3-16. DOI: 10.1016/j.smr.2017.02.001
- 42- Vendrame M, Yang B, Jackson S, Auerbach SH. (2013). Insomnia and epilepsy: a questionnaire-based study. *J Clin Sleep Med*; 9(2):141–6.
- 39- Victor, P. P., Teismann, T., & Willutzki, U. (2017). A pilot evaluation of a strengths-based CBT intervention module with college students. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(4), 427–431. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000552>.

- 40- Weiten, W. (2004). *Psychology themes and variations* (6th ed.). Las Vegas: Thomson Wadsworth. [Google Scholar]
- 41- Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Blaya, C., Manfro, G. G., & Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.008>.
- 42- Wesner Ana Cristina, Behenck Andressa, Finkler Débora, Manfro Gisele Gus, Blaya Carolina, and Heldt Elizeth (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder; *Archives of Psychiatric Nurse: Volume 33, Issue 4*, P428-433, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>
- 43- Wong, A.S. Morrison, R.G. Heimberg, P.K. Goldin, J.J. Gross (2014). Implicit associations in social anxiety disorder: the effects of comorbid depression *Journal of Anxiety Disorders*, 28, pp. 537-546
- ۴۴- شهروی، عبدالعظیم؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ عادل، سید محمد حسن؛ شهروی، مهران و شهروی، شهریار (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی بیماران قلبی-عروقی، *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*: دوره ۱۵، شماره ۶: صفحه ۷۶۶-۷۵۷.
- ۴۵- نیک یار، حمیدرضا؛ رئیسی، زهره و فرخی، حبیبه (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران زن مبتال به تومور مغزی؛ *دوفصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان*، دوره ۱، شماره ۲، صفحه ۶۳-۵۶.
- ۴۶- مومنی، خدامراد و رفیعی دلفان، خدامراد (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار؛ *روانشناسی پیری*: دوره ۴، شماره ۲، صفحه ۱۴۱-۱۳۱.
- ۴۷- شخمگر، زهرا؛ رجائی علیرضا؛ بیاضی، محمدحسین و تیموری، سعید (۱۳۹۹). بررسی تاثیر آموزش گروهی «درمان شناختی-رفتاری» بر رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی؛ *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*: دوره ۹، شماره ۴.
- ۴۸- مددی، جهانبخش؛ چین آوه، محبوبه و برزگر، مجید (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وز؛ *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*: دوره ۶، شماره ۳.
- ۴۹- جنابی قدس، ماریه؛ ره گوی، ابولفضل و فلاحی خشکنا، مسعود. و نوروزی مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی، استرس و اضطراب افراد تراجنسی مرد به زن؛ *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*: دوره ۷، شماره ۱.
- ۵۰- ابراهیمی، زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعه نخاعی؛ *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*: دوره ۵، شماره ۹.
- ۵۱- محمدیان آکردی، ابراهیم؛ عسکری، پرویز؛ حسن زاده، رمضان؛ احمدی، حسن و نادری، فرح (۱۳۹۷). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری برافزایش مثبت اندیشی و تاب آوری در مردان مبتال به سرطان معده؛ *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*: دوره ۲۰، شماره ۱۲، صفحه ۳۲-۲۸.

- ۵۲- مرادی منش، فردین و باباخانی، خدیجه (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان: یک کارآزمایی بالینی؛ فصلنامه بیماری‌های پستان ایران: سال ۱۰، شماره ۴، صفحه ۸-۱۷.
- ۵۳- قزلسفلو، مهدی؛ سعادت‌نژاد، نادر و رستمی، مهدی (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری آسیب محور بر سازش یافتگی پس از طلاق زنان مطلقه ساکن شهر تهران؛ آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده: شماره ۴، ۲ پیاپی ۸، صفحه ۸۹-۱۰۶.
- ۵۴- اکبری، زینب (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خویشتن داری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر؛ مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد کمپ‌های شهر تهران؛ مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت: سال ۶، شماره ۲، صفحه ۷۴-۸۵.
- ۵۵- نجفی، محمود و مرادزاده خراسانی، سهیلا (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد؛ فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد: سال ۹، شماره ۳۶.
- ۵۶- شاه نظری، مهدی و حائری، هایده (۱۳۹۵). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر نشخوار ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس؛ پژوهش‌های کاربردی روانشناختی (روانشناسی و علوم تربیتی): دوره ۷، شماره ۱، ۱۶۷-۱۵۵.
- ۵۷- ده نبی، عالمه و رادسپهر، حمید (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر نگرانی از تصویر بدن و بهبود انعطاف پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک؛ پوست و زیبایی: دوره ۸، شماره ۳، صفحه ۱۴۶-۱۵۵.
- ۵۸- نصرالهی، حمید و موسوی مقدم، سید رحمت اله (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام؛ علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی: دوره ۲۸، شماره ۴، صفحه ۳۱۳-۳۱۸.

The Review of the Limitations of Cognitive-Behavioral Group Therapy Implementation in Iran and Abroad

Abdolazim Shahroie، Mehran Shahroie، Shahriar Shahroie، Asra Moradpour

PhD student in Clinical Psychology, Faculty of Clinical Psychology, Department of Humanity Science & Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

PhD student in Clinical Psychology, Faculty of Clinical Psychology, Department of Psychology & Educational Science, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran

Faculty of Primary Education, Islamic Azad University of Shadegan, Shadegan, Iran

M.A. in Clinical Psychology, Department of Educational Science, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

Abstract

Group therapy is a type of psychotherapy in which one or two therapists work with a group of people with similar problems. Cognitive-behavioral group therapy (CBGT) is one of the most widely used types of group psychotherapy. Discovering the limitations of an intervention can advance the scientific direction of the research field, identify strengths and weaknesses, and promote it. The aim of this study was to review the limitations of using cognitive-behavioral group therapy in Iran and abroad. For this purpose, experimental studies inside and outside Iran on the limitations of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) from 2013 to 2020 were reviewed. Limitations of cognitive-behavioral group therapy in Iran and abroad were classified into 10 clusters. The results of this study included the following ten limitation clusters: 1- Assessment (tools, process and method of diagnosis; 2- Process and content of the intervention; 3- Number of sessions and Integration of psychotherapy; 4- Environment and place of intervention; 5- Geographical-cultural-social context; 6- Lack of coordination in the level of therapist expertise and the number of therapists and assistants; 7- Active presence, participation and drop of participants in group therapy; 8- Economic considerations and financial burden; 9- Necessity and priority of providing intervention; And 10_ The effect of severity, extent, type of disorder and comorbid disease in the intervention. Details of the limitations of each category were described in the Findings and Results section. This study didn't investigate the methodological challenges, effectiveness and other aspects of the intervention.

keywords: limitations, implementation, cognitive- behavioral group therapy (CBGT)