

تبیین چالش های "گروه درمانی" به عنوان رویکردی انتخابی در درمان اعتیاد

عفت السادات مرقاتی خوبی: استادیار، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران -
نویسنده رابط: effat_mer@yahoo.com

لیلا جانثار حسینی: کارشناس ارشد، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

ساناز امتی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد رودهن، تهران، ایران

فرشته گلشنی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد گرمسار، تهران، ایران

علیرضا بیات: کارشناس، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: "گروه درمانی" یکی از انتخاب های درمانی اثر بخش در بیماری اعتیاد بوده است. اما این مداخله درمانی بطور جدی استفاده نمی شود. لذا ارزیابی وضعیت "گروه درمانی"، تقویت کننده ها و بازدارنده های استفاده از آن در بسترهای درمانی اعتیاد ضروری است. روش کار: این ارزیابی سریع با استفاده از رویکرد کیفی در طی سال های ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام گردید. با استفاده از یک گروه تحقیقاتی چند تخصصی در طی فعالیت های نظام مند نیمه ساختاری، اطلاعات رسمی و غیررسمی به روش های مختلف جمع آوری گردید. اطلاعات از شش مرکز منتخب (تعداد=۵۵) جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از روش تحلیل موضوعی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج: پس از تحلیل اطلاعات، یک مدل توصیفی با دو موضوع اصلی ساختار، اجرای "گروه درمانی" و فرآیند اثربخشی بدست آمد. این دو موضوع اصلی با چهار زیر طبقه تعیین کننده های ساختاری در گروه، تعیین کننده های موثر در اجرای گروه درمانی، ویژگی های زمینه ای، محتوی، مقبولیت و مطلوبیت درمان تبیین گردید.

نتیجه گیری: داده ها نشان می دهند کاربرد و اثر بخشی گروه درمانی مطلوب است اما بعنوان درمان رایج در مراکز درمانی اعتیاد فراگیر نیست. محتوای ناکافی و نبود پروتکل ساختارمند و همچنین عدم ظرفیت سازی حرفه ای از جمله بازدارنده های گسترش گروه درمانی است. یافته های این ارزیابی نشان می دهد که "گروه درمانی" در بین بیمارانی که تجربه آن را در طول درمان خود داشته اند مقبولیت دارد اما در بین اکثریت بیمارانی که شناختی نسبت به آن ندارند از مقبولیت کمتری برخوردار است. واژگان کلیدی: اعتیاد، گروه درمانی، کیفی

مقدمه

(SAMHSA 1993). در منابع معتبر بر اثربخشی گروه درمانی در روند بهبود اعتیاد و مقرون به صرفه بودن آن تأکید شده است (SAMHSA 1993). امروزه پنج نوع "گروه درمانی" در حوزه اعتیاد کاربرد دارند: ۱- گروه های آموزشی-روانی، ۲- گروه های مهارت

"گروه درمانی" به عنوان مداخله انتخابی بیش از شش دهه مورد توجه در درمان بیماری اعتیاد بوده است. افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد که تحت گروه درمانی بودند بهتر به درمان پاسخ می دهند و نسبت به دیگران مداومت بیشتری در پاکی و ادامه درمان نشان داده اند

"گروه درمانی" در درمان اعتیاد در مراکز مربوطه در ایران تبیین و توصیف شده است.

روش کار

مجوز مطالعه از مراکز درمان اعتیاد در هر استان که توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۵ اخذ گردید. در این مطالعه برای پاسخ به سوال اصلی "چرا گروه درمانی، به عنوان درمان انتخابی درمان اعتیاد در ایران توسعه نیافته است؟" این رویکرد به علت تاثیرگذاری در کوتاه‌ترین زمان، با هزینه پایین، در عین حال نظامند و منسجم، و ارزیابی سریع به عنوان مناسب‌ترین روش انتخاب شد (Chambers 1992). در این مطالعه علاوه بر جمع آوری داده‌های کمی، تأکید بر داده‌های کیفی بوده است که نقشه برداری زمینه‌ای اولین گام بود. در این قدم، هدف اول مشاهده و شناسایی ویژگی‌های مراکز، سیستم و بسترهای درمانی معرفی شده توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)) بود که از "گروه درمانی" برای درمان بیماران دچار اختلالات سوء مصرف استفاده می‌شد. بعد از انتخاب مراکز درمانی، شرکت کنندگان که شامل درمانگران و بیماران می‌شد بطور هدفمند (با تجربه و بدون تجربه "گروه درمانی") انتخاب و دعوت به مشارکت در مطالعه شدند (جدول ۱). بیماران مشارکت کننده در فاز کیفی این ارزیابی اعضای "گروه‌های درمانی" اعتیاد در مراکز منتخب و مردان بالای ۱۸ سال با هر سطح تحصیلاتی بودند. بیماران بدون در نظر گرفتن نوع درمان (با داروی نگهدارنده و یا بدون درمان دارویی) دعوت به مطالعه شدند. قبل از مصاحبه توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف تحقیق، محرمانه بودن اطلاعات و عدم هرگونه اجبار برای شرکت در مصاحبه به شرکت کنندگان ارائه گردید و رضایت شفاهی از آنها اخذ شد. فقدان گروه درمانی برای زنان در مراکز منتخب، دلیل ورود مردان به عنوان جامعه مورد بررسی در مطالعه حاضر بود. افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی شناخته شده و تحت درمان، بیماری‌های

آموزی، ۳- گروه‌های شناختی-رفتاری، ۴- گروه‌های حمایتی، ۵- گروه‌های "فرآیند بین فردی" (SAMHSA 2005). ملازاده و عاشوری در سال ۲۰۰۹ به دنبال یک مطالعه نیمه تجربی بر روی ۲۰ مرد با اختلال سوء مصرف مواد با گروه کنترل نشان دادند که "گروه درمانی" به روش شناختی-رفتاری بر کاهش میزان عود بیماران، بهبود در سلامت روان و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای بطور معنی‌داری مرتبط بوده است (Mollazade and Ashouri 2008; Ashouri et al. 2009). اثربخشی "گروه درمانی" با رویکرد شناختی-رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد با بیماری اعتیاد توسط طباطبایی چهر و همکارانش در ۸۰ مرد تحت درمان متادون در شهر بجنورد نشان داده شده است (Tabatabaieichehr et al. 2012). دستجانی و همکارانش در اراک طی یک کارآزمایی بالینی شبه آزمایشی پیش و پس آزمون روی ۳۰ مرد با سوء مصرف آمفتامین نشان دادند که "گروه درمانی" با استفاده از روش شناختی-رفتاری در اصلاح باورهای غیر منطقی و نیز افزایش کیفیت زندگی گروه مورد مطالعه بطور معنی‌داری ارتباط داشته است (Dastjani et al. 2014).

اگر چه مطالعات محدود در ایران نشان می‌دهد گروه درمانی با رویکردهای گوناگون در بین بیماران با سوء مصرف مواد و بیماری اعتیاد از اثربخشی خوبی برخوردار بوده است اما هنوز کاربرد این شواهد علمی در بالین برای بهینه‌سازی درمان اعتیاد، طولانی شدن بهبود و پیشگیری از عود روشن نیست. عوامل تعیین کننده چرایی انتخاب و یا عدم انتخاب "گروه درمانی" و چگونگی اجرا و ارزشیابی تعیین کننده‌های اثربخشی رویکرد "گروه درمانی" بر بهبود بیماران مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد در ایران مشخص نیست. لذا به عنوان گام اول، ارزیابی کیفی وضعیت "گروه درمانی" به عنوان درمان انتخابی در بسترهای ارائه خدمات درمانی برای بیماران با اختلالات سوء مصرف مواد، تقویت کننده‌ها و بازدارنده‌های استفاده از این مداخله درمانی ضروری است. در این مقاله یافته‌های فاز کیفی ارزیابی سریع گزارش می‌شود که در آن چالش‌های انتخاب

آنها) می‌باشد. این مراکز در چهار استان کشور (شیراز، کرمان، یزد و تهران) متمرکز بودند که گروه درمانی را به عنوان مداخله انتخابی اجرا می‌کردند.

مصاحبه‌های متمرکز گروهی: جهت شناسایی ایده‌ها، دیدگاه‌ها و تجربیات درباره گروه درمانی به عنوان درمان انتخابی، تعداد ۷ جلسه متمرکز گروهی ۱ در مراکز منتخب تشکیل شد. شرکت‌کنندگان هر گروه در روز و ساعت از پیش تعیین شده توسط فرد کلیدی مرکز در گروه خود (مددجویان و درمانگران) حاضر شدند. تمامی گروه‌ها توسط یک تسهیل‌گر و یک یادداشت‌بردار اداره می‌شد.

مشاهدات مستقیم: با هدف ارزیابی نحوه اجرای گروه درمانی، ۳ جلسه از گروه درمانی‌های تشکیل شده در مرکز ملی مطالعات اعتیاد **Iranian National Center for Addiction Study (INCAS)** و مرکز خصوصی تبسم مشاهده و اطلاعات توسط مشاهده‌گر تعلیم دیده که به عنوان مشارکت‌کننده در گروه بود، ثبت شد. در مرکز اینکاس گروه درمانی مردان و در مرکز تبسم گروه درمانی با زنان برای مشاهده انتخاب شدند. مشارکت‌کننده مشاهده‌گر در تمام طول جلسه بدون مداخله در روند گروه مشاهدات خود را ثبت می‌کرد.

مصاحبه گروهی با درمانگران: طی برگزاری کارگاه مهارت‌آموزی توسط **UNODC** در جهت افزایش توانمندی درمانگران حیطه اعتیاد با رویکرد "گروه درمانی"، پرسشنامه‌ای توسط پژوهشگران طراحی شد که به عوامل مختلفی مانند دلایل موفقیت یا عدم موفقیت در "گروه درمانی" پرداخت. در این کارگاه ۵ روزه ۳۰ نفر از درمانگران با تجربه گروه درمانگری (روانشناسان، روانپزشکان) در مصاحبه گروهی شرکت کرده و به سوالات طراحی شده بر اساس نتایج مرحله اول پاسخ داده‌اند.

مصاحبه‌های عمیق فردی: برای مصاحبه‌های عمیق فردی از سه گروه درمان جویان، درمانگران و عضوی از خانواده بیمار بطور هدفمند انتخاب شدند (جدول ۲). مصاحبه‌های فردی ساختارمند در مراکز انجام شد. در ابتدای هر مصاحبه پژوهشگران در جهت رعایت اصل

روانشناختی متاثر از مواد و افراد تحت درمان سم زدایی دعوت به مشارکت نمی‌شدند چون تأثیر و مداخله مصاحبه عمیق بر روند درمانی آنها محتمل بود.

کلیه مراکز درمانی دولتی در شهرهای شیراز، کرمان، یزد و تهران که در آنها "گروه درمانی" انجام می‌شد و آماده همکاری بودند به عنوان محیط جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شدند. با استفاده از یک گروه تحقیقاتی چند تخصصی در طی فعالیت‌های نظام‌مند نیمه‌ساختاری، روش‌های چندگانه مثلث‌سازی در فازهای کمی و کیفی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در فاز کیفی اطلاعات رسمی و غیررسمی به روش‌های مختلف جمع‌آوری گردید. این روش‌ها عبارت بودند از: مشاهدات مستقیم، مصاحبه‌های متمرکز گروهی، مصاحبه‌های فردی، بررسی‌های ساختارمند کوتاه، و نقشه برداری زمینه‌ای. علاوه بر ذینفعان یعنی بیماران با اختلال سوء مصرف مواد، دیگر گروه‌های ذیربط مانند کارکنان، متخصصان، درمانگران و نیز اعضای خانواده نیز وارد مطالعه شدند. اعضای تعلیم دیده تیم تحقیق مصاحبه‌های عمیق فردی، گروهی، مشاهدات و جلسات متمرکز گروهی را مدیریت کردند. محدودیت مراکز در انتخاب گروه درمانی در بستر درمانی خودشان و تعداد محدود بیمارعلاقه‌مند و یا آگاه برای شرکت در گروه درمانی تیم تحقیق را از نظر جمع‌آوری اطلاعات در بسترهای متنوع با چالش روبرو می‌کرد.

جمع‌آوری داده‌ها: جمع‌آوری داده‌ها به روش نظام‌مند صورت گرفت. برای مصاحبه با مشارکت‌کنندگان از راهنمای نیمه ساختاری موضوعی استفاده شد تا علاوه بر دستیابی به اعتماد بین پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان، موضوعات مربوط به سوال تحقیق نیز کشف شوند (Kvale and Brinkmann 2009).

نقشه برداری زمینه‌ای: ویژگی‌های مراکز معرفی شده توسط **UNODC** نقشه برداری شد و برای جمع‌آوری اطلاعات عمیق‌تر برنامه ریزی گردید که شامل (قرارگیری جغرافیایی، ساعات فعالیت، تعداد مراجعین فعال به مرکز، رویکردهای درمانی ارائه شده، تعداد کارکنان و تخصص

آزاد می‌باشند و با توجه به میل و علاقه شان می‌توانند گروه درمانی را راه اندازی کنند. در پاسخ به این سوال "که چرا گروه درمانی تشکیل داده‌اید؟ اکثریت در گروه اول به "علاقه شخصی" بعنوان عاملی مهم اشاره داشتند. آنها بر "تجربه مثبت همکاران در گروه درمانی" در علاقه مند شدن خود به "گروه درمانی" بیشتر تاکید داشتند. تعداد خیلی کمی از افراد به نتایج درمانی و پیامدهای مثبت گروه درمانی به عنوان عامل مشوق و تقویت کننده اشاره نمودند. در پاسخ به این سوال که "نتیجه درمان بر تشکیل و ادامه گروه درمانی چه تأثیری دارد؟" به فقدان پروتکل مدون و روتین نبودن این روش درمانی در مراکز اشاره نمودند. در گروه دوم در پاسخ به سوال "چرا گروه درمانی انجام نمی‌دهید؟" به "عدم شناخت کافی از گروه درمانی" به عنوان دلیل مهم و دلیل دیگر "عدم تمایل بیماران به گروه درمانی" اشاره کردند. آنها به دلیل دانش کم در گروه درمانی و احساس عدم آمادگی کافی حرفه ای برای اجرای مؤثر گروه؛ انگیزش و علاقه کافی برای استفاده از این روش در درمان بیمارانشان ندارند.

"شناخت جامعه هدف از "گروه درمانی" یعنی آشنایی درمان جویان با "گروه درمانی" یکی از ویژگی‌های زمینه‌ای مهم در ساختار "گروه درمانی" شناسایی گردید. یافته‌ها دال بر این است که شناخت کافی و لازم از "گروه درمانی" به عنوان یک روش روان درمانی بین اعضای جامعه درگیر در اعتیاد وجود ندارد. اکثریت مشارکت‌کنندگان از گروه بیماران که تجربه "گروه درمانی" را نداشتند در پاسخ به این سوال که "در مورد گروه درمانی چه می‌دانید؟" یا اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند و یا در نهایت آن را با گروه‌های خودیاری یکسان می‌دانستند. آنها با در نظر گرفتن تجربه خود از گروه‌های خود یاری نظرات متفاوتی در مورد "گروه درمانی" بیان می‌نمودند. افرادی که از گروه‌های خود یاری تجربه مثبت داشتند نسبت به "گروه درمانی" نیز واکنش‌های مثبتی از خود نشان می‌دادند. در مقابل

رازداری تعلیمات کافی را دریافت نمودند. با استفاده از سوالات راهنما و نیز سوال مهم آغازین "آیا گروه درمانی در درمان شما کمک کننده بوده است؟" مصاحبه آغاز می‌شد.

کلیه داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده در یک فرآیند تفسیری و با استفاده از مراحل تحلیل موضوعی تجزیه و تحلیل شدند (Miles and Huberman 1994). در مرحله اول فرآیند کدگذاری آزاد مستخرج از داده‌ها توسط دو نفر محقق تعلیم دیده انجام شد که در طول جمع‌آوری داده‌ها بعد از خواندن کامل و عمیق مصاحبه‌ها صورت گرفت، هدف از این فرآیند درک تصویر کلی از داده بود. مرحله اول منجر به استخراج ۷۶ موضوع اولیه شد. مرحله دوم تأکید پژوهشگران بر داده‌های بود که بیماری اعتیاد و درمان‌های مربوطه را توصیف می‌کردند. در این مرحله ۲۶ کد با استفاده از مفهوم "مدل توصیفی" معرفی شده توسط کلینمن استخراج شد (Kleinman 1981). در مرحله سوم کاوش مقایسه‌ای محتوای موضوعی کدها با استفاده از شناسایی شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین مشارکت‌کنندگان مدل-های توصیفی استخراج شدند.

مدل توصیفی با دو موضوع اصلی نهایی شد: ساختار و اجرای گروه درمانی و فرآیند اثربخشی آن استخراج گردید. دو موضوع اصلی با ۵ زیر طبقه توصیف کننده تحلیل گردید. زیر طبقه عبارتند از: تعیین کننده‌های ساختاری در گروه، تعیین کننده‌ها در اجرای گروه درمانی، محتوا، مقبولیت و مطلوبیت درمان.

ساختار و اجرای گروه درمانی توسط زیر طبقه‌های: تعیین کننده‌های ساختاری در گروه درمانی و تعیین کننده-های اثر گذار در روند اجرا تبیین شد.

۱- تعیین کننده‌های ساختاری در "گروه درمانی": روانشناسان شاغل در مراکز درمان اعتیاد مشارکت کننده در این مطالعه شامل دو گروه بودند: گروه با تجربه "گروه درمانی" و گروه دوم با تجربه درمانگری در گروه درمانی. هر دو گروه در مصاحبه گروهی به این اصل اشاره داشتند که در تشکیل "گروه درمانی"

مشارکت کنندگان روند خاصی برای ارزیابی نظام مند قبل از ورود به گروه مانند سنجش میزان انگیزه و علاقه آنها به "گروه درمانی"، نیازسنجی و توانایی آنها برای شرکت در گروه گزارش نکردند، به نظر می‌رسد تجربه‌های فردی و سلیقه‌ای در تشکیل گروه‌ها نقش بیشتری داشته است.

تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که فاکتور اجرا در "گروه درمانی" در عرصه‌های منتخب این مطالعه تحت تأثیر رهبری گروه، چارچوب درمان و برنامه ریزی می‌باشد. از روایات مشارکت کنندگان بدست آمد که رهبری گروه تعیین کننده جدی در اجرای "گروه درمانی" است. رهبر گروه (درمانگر) زمانی می‌توانست اجرا را اثربخش نماید که به بستر فرهنگی گروه هدف (بیماران) آشنایی کامل داشته باشد. درمانگران معتقد بودند آشنایی قبلی با بیماران در مراحل مشاوره فردی و شناخت مشکلات و ویژگی‌های شخصیتی بیمار کمک زیادی به آنها در جهت درک فرد در گروه و حفظ مشارکت مداوم کرده است. مشارکت کنندگان با تجربه مثبت در اجرای "گروه درمانی"، درمانگرانی بودند که بیمارانشان را که دوره مشاوره فردی را با خود درمانگر طی نموده بودند به "گروه درمانی" دعوت کرده بودند. در واقع روند ارتباط درمانی قوی بین درمانگر و درمان جو در مشاوره فردی منجر به اعتماد و پذیرش بیشتر درمانگر توسط بیمار می‌گردد که در نهایت بیمار انگیزه بیشتری برای پذیرش "گروه درمانی" دارد.

در حوزه رهبری چالش‌هایی توسط درمانگران مطرح بود که از مهمترین آنها "افزایش مسؤولیت درمانی درمانگر" در رویکرد "گروه درمانی" است. درمانگران معتقد بودند در مقایسه با سایر روش‌های درمانی؛ هزینه و زمان "گروه درمانی" تناسبی با صرف انرژی و افزایش مسؤولیت درمانگر ندارد. امر "پیگیری" از زمره مسؤولیت‌هایی است که درمانگران معتقد بودند آنها را در "گروه درمانی" دچار چالش می‌کند. هماهنگی با تعداد بیشتر از بیماران که در برخی از گروه‌ها بین ۷ تا ۱۲ نفر می‌باشند امر دشوار و زمان‌بر توصیف شده است. برخی از درمانگران منفعت گروه درمانی را برای درمانگر "هزینه زیاد فایده کم" توصیف

افرادى که تجربه منفى از گروه‌هاى خود يارى داشته در مقابل "گروه درمانى" دافعه بيشتري نشان مى‌دادند.

"انگيزش و دانش كافي نيروي انساني حرفه اى" از جمله تعيين کنندگان مهم در شكل گيرى و تداوم "گروه درمانى" در مراکز است. روانشناسان در مصاحبه‌هاى متمرکز گروهى به تداوم كاريشان در چندين ماه آينده اطمينان نداشتند، يافته‌هاى مبتنى بر مشاهدات و نيز روايات شركت کنندگان نشان مى‌دهد كه سيستم مراکز درمانى اعتياد با محوريت پزشكان و روانپزشكان اداره مى‌شوند و غالباً "درمان دارويى صرف" رويكرد غالب‌ترى مى‌باشد، در حالى كه فعاليت‌هاى روانشناسان در حوزه درمان‌هاى غيردارويى مانند روان درمانى بصورت انفرادى و "گروه درمانى" مى‌باشد. اكثريت روانشناسان در جلسات گروهى متمرکز به روابط غير رسمى "ناعادلانه اى" از طرف مديران مركز اشاره داشته‌اند، كه باعث اثرات منفى در كاهش انگيزه آنها در تشكيل، اجرا و تداوم "گروه درمانى" مى‌شود. لذا به دليل محتمل بودن قطع گروه در نيمه درمان، تشكيل گروه را عملى و صحيح نمى‌دانستند. به عبارت ديگر انگيزش كافي براى راه اندازى و استفاده از اين رويكرد را نشان نمى‌دهند. همچنين در گروه درمانگران كافي نبودن به "مهارت" و "دانش" در زمينه "گروه درمانى" اشاره شده است، و در جهت رفع اين چالش‌ها اكثريت درمانگران استفاده از منابع مکتوب را تنها راه گشاى براى افزايش توانمندى‌هاى حرفه اى در روند "گروه درمانى" مى‌دانستند؛ وليكن تعداد و تنوع اين منابع را ناكافى و بعضاً غيركاربرى مى‌شمردند. "محدوديت دسترسى به سوپروايزر" در رابطه با "گروه درمانى" دغدغه اكثريت درمانگران بود. درمانگران با اشاره به پيچيدگى مشكلات روانى بيماران در درمان اعتياد به اهميت ارتباط با افرادى كه جايگاه حرفه اى و در عين حال تجربه علمى و عملى را در "گروه درمانى" به عنوان سوپروايزر دارند، تاكيد داشتند.

۲- تعيين كننده‌هاى اجرا در "گروه درمانى": يافته‌ها نشان مى‌دهد كه پروتكل مشخصى براى ارزيايى، انتخاب و ثبت نام بيماران براى حضور در "گروه درمانى" وجود ندارد.

"برنامه ریزی در گروه درمانی" در حین اجرای از مولفه های دیگری است که روایات اکثر شرکت کنندگان به آن اشاره داشت. مفاهیمی مانند "نظم و ترتیب در گروه" و "هماهنگی گروهی" و "شفاف بودن روند درمانی" و "انعطاف پذیری" در قالب برنامه ریزی قرار می گیرد. اکثریت درمانگران و درمان جویان معتقد بودند تشکیل شدن جلسات براساس زمانبندی مشخص و پایبندی درمانگر به این زمانبندی اثر مهمی در پایداری "گروه درمانی" داشته است. در تایید اهمیت شفاف بودن روند درمان اکثریت مشارکت کنندگانی که ماندگاری طولانی تر از سایر درمان جویان در "گروه درمانی" داشتند، شناخت و درک بیشتری از فرآیند درمانی شان داشتند.

تحلیل روایات تعدادی از بیماران که در مصاحبه های فردی مشارکت داشتند نشان دهنده "بی اعتمادی" آنها به خدماتی بود که از مراکز درمانی اعتیاد دریافت می نمودند. به اعتقاد مشارکت کنندگان در مراکز دولتی درمان بیماران از الویت بالاتری برخوردار است در حالی که در مراکز خصوصی "سوگیری های مالی" بر اهداف درمانی بیماران غالب است. با تحلیل تجربیات درمان جویان بنظر می رسد که سیاست های داخلی مراکز درمانی و ویژگی های آنها تأثیر به سزایی در مقبولیت درمان از دیدگاه مددجویان داشته باشد. روایات درمان جویان نشان می دهد که مقبولیت "گروه درمانی" در مراکز رسمی (دولتی) بالاتر از گروه های همیاری است. به عبارتی وجود ضابطه و قوانین مشخص براساس حق و حقوق بیماران در چارچوب های درمانی در مراکز رسمی بهتر رعایت می شود. در بیان عوامل موثر بر بی اعتمادی بیماران تعدادی از مشارکت کنندگان که سابقه مدیریت مرکز ترک اعتیاد را داشته اند در مصاحبه های فردی اذعان داشتند که افراد زیادی با تخصص های مختلف به دلیل درآمدزایی به تاسیس مراکز خصوصی درمان اعتیاد می پردازند. اما به مرور ازدیاد این مراکز و کاهش مراجعین آنها و افزایش هزینه هایی مانند اجاره ملک، دستمزد پرسنل و سایر هزینه ها، منجر به سوگیری مالی و گاه سوء استفاده از بیماران برای جبران هزینه شده است. بطور خلاصه، با توجه

نمودند. به اعتقاد این گروه بطور کلی منافع حاصل از "گروه درمانی" برای درمانگران نسبت به دیگر روش های درمانی کمتر است. در حالی که مسؤلیت تعداد بیشتری از بیماران را به عهده می گیرند.

داده های حاصل از مشاهدات در عرصه نشان داد اگر چه در تشکیل گروه، اصولی مانند "قاعده مندی"، "سایز گروه"، "نوع مواد مصرفی"، "نحوه ثبت نام و پذیرش اعضا" و "تنوع یا همگنی" چارچوب "گروه درمانی" در اجرا را نشان می دهد، اما اجرای این اصول در بیماران دچار بیماری اعتیاد با چالش روبرو است. در خصوص قاعده- مندی، تضادهایی بین درمانگران دیده می شود. به عنوان مثال تعدادی از درمانگران معتقد بودند که "تعاملات خارج از گروه" به عنوان یک قاعده اصولی باید وجود داشته باشد چون در درمان اعتیاد و ماندگاری بیماران در گروه عامل موثری است (Mollazade and Ashouri 2009). اما تعدادی دیگر از درمانگران روابط خارج از گروه را جزء قواعد ممنوعه می دانستند و دلیل آن را نگرانی از بوجود آمدن ارتباطات کنترل نشده بین اعضای گروه که منجر به مخدوش شدن روند درمانشان می شود، بیان نموده اند. البته اکثریت درمانگران وجود اینگونه تعارضات و تضادها را ناشی از نبود پروتکل ساختارمند می دانستند.

در این مطالعه تجربه درمانگران نشان می داد که "بعد گروه" با حضور تعداد بیشتر اعضا، پویایی آن را افزایش می دهد و در ایجاد تعاملات بیشتر بر بهبود آنها تأثیر به سزایی دارد. از دیگر موارد مطرح شده "تنوع یا همگنی اعضا" در گروه می باشد. از جمله مواردی که اکثریت درمانگران برای پیشگیری از تعاملات آسیب زا بین اعضا اتفاق نظر داشتند اهمیت تشکیل گروه با اعضای همسان به لحاظ "نوع ماده اصلی" است. زیرا بر این باور بودند که گروه با تنوع در مواد مصرفی، می تواند آسیب زا باشد. در تایید همین موضوع تعدادی از درمان جویان معتقد بودند که تشریح تجارب اعضا با انواع متفاوت مواد در برانگیختن و وسوسه مصرف مواد جدید توسط سایر اعضا اثر گذار است.

جسمی- روانی"، "وسوسه" و "نحوه درمان" که شامل موضوعات مهمی بود که توسط درمانگران در گروه درمانی ارائه می‌شد. در ارزیابی دستورالعمل آموزشی، عناوین و محتوای مشخصی بدست نیامد. اطلاعات با تصمیم خود درمانگر منحصر برای هر جلسه تنظیم و ارائه می‌گردید. تعدادی از درمانگران تدریس و ارائه اطلاعات را به "آموزش روانی" تعبیر می‌کردند. از جمله مشکلات و چالش‌هایی که "گروه درمانی" با آن روبرو است این بود که روند مشخصی در جلسات آموزشی بدست نیامد؛ یعنی اکثر گروه‌های درمانی مشاهده شده بیشتر به روش کلاسی به توضیح بعضی از عناوین بویژه اثرات منفی مصرف مواد و بیماری اعتیاد می‌پرداخت، به عبارتی اطلاعات به شکل یکطرفه به گروه داده می‌شد. به نظر می‌رسد ارائه محتوا بصورت کلاسی به شکل موجود نتواند درک عمیق و درستی از مشکلات اعتیاد و یا چالش‌های مسیر بهبود را به بیماران بدهد.

فرآیند و اثربخشی گروه درمانی: یافته‌ها اثربخشی گروه درمانی با دو زیر طبقه ۱- مقبولیت ۲- مطلوبیت تبیین می‌شود:

مقبولیت: تجزیه و تحلیل داده‌ها مقبولیت را در دو جنبه "پذیرفته شدن بیمار از طرف اجتماع" و "خود درمان" توصیف می‌کند. فرد زمانی در گروه پذیرفته می‌شد که در مرکز، پیش درمانگر و خود گروه مورد قبول واقع می‌شد. بیمارانی که از مقبولیت بیشتری برخوردار بودند، با انگیزه بیشتری به گروه درمانی وارد شده و ماندگاری بیشتری را تجربه کرده بودند. تجربه و روایات بیماران نشان می‌داد که آنها "گروه درمانی" را جایی امن تلقی می‌کردند و می‌خواستند به گروه اعتماد کنند تا در آن جدی‌تر مشارکت کنند. اکثریت مشارکت‌کنندگان در گروه بیماران و خانواده بیماران مشارکت‌کننده در گروه درمانی "احساس امنیت" را تجربه کرده بودند. یکی از درمان‌جویان گفت: "گروه درمانی تنها جایی است که نه از خودم و نه از دیگران خجالت نمی‌کشم" (مصاحبه فردی). اشتراک در تجربیات بیماری و یا درمان باعث می‌شد که فرد احساس پذیرش

به یافته‌های مبتنی بر مصاحبه‌ها و مشاهدات، "گروه درمانی" با ساختار واحد و مشخصی در مراکز انجام نمی‌شود. این وضعیت اجرا، این مداخله درمانی را با چالش روبرو کرده است. در ساختار "گروه درمانی" امر اجرا از نقش مهمی برخوردار است.

در داده‌های جمع‌آوری شده از مصاحبه گروهی با درمانگران عوامل مختلف موثر در موفقیت و عدم موفقیت در "گروه درمانی" بیان شده است. جدول ۳ دسته‌بندی دلایل موفقیت و عدم موفقیت درمانگران در گروه درمانی را از دیدگاه درمانگران مشارکت‌کننده نشان می‌دهد. محتوی ارائه شده در گروه درمانی: یافته‌ها اهمیت محتوی در حیطه ساختار گروه درمانی را به روشنی نشان می‌دهد. مهارت‌ها در گروه درمانی، آموزش و فرآیند اثر گروه از جمله مفاهیمی بودند که در زیر طبقه محتوا بر آنها تأکید شده است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد مهارت‌هایی که در گروه درمانی اعتیاد بیشتر بر آنها تأکید می‌شود شامل کسب توانایی "ارتباط سالم با دیگران"، "مهارت نه گفتن"، "مشکل‌یابی"، "حل مسئله"، "ابراز وجود" و "کنترل وسوسه" می‌باشد. درمان‌جویان این مفاهیم را در گروه درمانی دریافت می‌کردند؛ آنها این گونه آموزش مهارت‌ها را مفید اما ناکافی می‌دانستند.

همه گروه‌های مشارکت‌کننده بر اهمیت آموزش و کسب اطلاعات در طول ۱۲ جلسه گروه درمانی تأکید داشتند. بیماران به ویژه بسیار تمایل داشتند که "مفاهیم اصلی و ابعاد مختلف مؤثر در بهبود از اعتیاد" را بدانند. عناوین مورد نظر آنها عبارت بودند از: "تفاوت‌های مواد غیر قانونی" مانند مخدر با محرک و مشخصات انواع محرک‌ها، "نشانه‌های وابستگی به مواد" و "علائم و نشانه‌های ترک"، "فرآیند بهبود" (زمان و چالش‌ها)، "حمایت-های اجتماعی دوران بهبود" کسب و کار، "راه حل مسائل و مشکلات مالی" (حمایت‌های بیمه و مسکن)، "چگونگی مقابله با آغازگرها"، "عوامل مؤثر بر لغزش و عود"، "شناخت اعتیاد"، "اثرات منفی مصرف مواد"، "تغییرات

درمان گروهی کمک می‌کند. همبستگی بیشتر در مراکز مشاهده و گزارش شد که در آنها "گروه درمانی" به عنوان روشی مؤثر و الزامی پذیرفته شده بود مانند مراکز درمانی منتخب در یزد و مرکز ملی مطالعات اعتیاد. روایات هر دو گروه درمان جویان و درمانگران بر تأثیر مشوق‌ها بر اجرای مؤثرتر "گروه درمانی" تأکید داشت. مانند تخفیف در هزینه‌های دیگر خدمات درمانی و یا معرفی بیماران به مراکز حمایتی. عضویت در گروه و اثر گروه بر فرد مانند "متعهد به گروه" و "پایش شدن وضعیت فرد توسط گروه" به شکل گیری الگوی رفتاری و باور درونی جهت پایبندی به درمان و تلاش در روند بهبود کمک کرده بود.

سهیل ۳۷ ساله با سابقه ۶ سال استفاده از کراک و ۶ ماه پاک‌می‌گوید: "من می‌توانم گروه را نیام اما نمی‌خوام که نیام بقیه روم حساب می‌کنند به حرفام گوش میدن. من نیام پس کی حرف رو شروع کنه".

تعدادی از بیماران دلیل لغزش افراد را ریزش از گروه می‌دانستند. کاهش تنش‌های درونی، درمان جویان با حضور در گروه درمانی تجربه خوبی در کاهش تنش‌های درونی خود داشتند. مکانیسم کاهش تنش درونی از طریق ایجاد فضایی مناسب برای "تخلیه درونی فرد" و "پذیرش و درک شدن" از طرف سایر اعضای گروه اتفاق می‌افتاد. پریشانی افکار فرد با بیان احساسات و تفکرات در گروه بطور چشم گیری کاهش می‌یافت.

تحلیل داده‌ها به روشنی نشان می‌دهد که "گروه درمانی" اثر زیادی در بازسازی ارتباطات اجتماعی درمان جویان داشته است. اکثریت افراد شرکت‌کننده در این گروه-ها ارتقای یافتن مهارت‌های ارتباطی‌شان را از اصلی‌ترین دستاوردهای حضور در "گروه درمانی" می‌دانستند. تعدادی از بیماران به دنبال شرکت در گروه ارتباط صمیمانه‌تر با والدین مخصوصاً پدرشان را تجربه کرده بودند. از دیدگاه درمان جویان ورود به فرآیند درمانی غیر دارویی مانند مشاوره درمانی و یا "گروه درمانی" که به همراه مشارکت خانواده اجرا می‌شوند تأثیر به‌سزایی در شکل‌گیری روابط صمیمانه‌تر با آنها داشته است. توانمند ساختن بیماران در

در گروه و جامعه خودش را پیدا کند. "احساس صمیمت"، "همدلی"، "حمایت گروه"، "هم‌دردی"، "مشورت"، "کنترل و مراقبت گروه" و "احساس تعلق" از موارد مطرح شده است. اکثریت درمان جویان در این مطالعه اظهار کردند که با تنش زیاد و احساس تنهایی وارد گروه شده‌اند و لیکن بعد از چند جلسه احساس می‌کردند تجارب تلخ اعتیاد بین گروه مشترک و همگانی است. آنها این احساس را به دلیل اثر جمعی گروه می‌دانستند تعدادی از بیماران وابستگی به گروه و پیدا کردن مأمنی با اثر درمانی بهتر را عنوان می‌کردند.

وجود "درمانگران متخصص" از دیگر عوامل مؤثر در مقبولیت "گروه درمانی" در مراکز درمانی است. از روایات درمان جویان و خانواده‌های آنها چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مراکز رسمی (دولتی) برای راه‌اندازی و اجرای گروه درمانی از مقبولیت بیشتری برخوردار باشد. دلایل این مقبولیت از دیدگاه آنان، میزان بالای پذیرش اجتماعی بیماران، قانونمندی درمان، ثبت منظم و ملزم بیماران، اعتبار و اعتماد به "گروه درمانی"، و ماندگاری بیشتر بیماران در درمان می‌باشند.

مطلوبیت: از دیگر فاکتورهای مهم در شکل‌گیری و گسترش "گروه درمانی" در محیط‌های مطالعه "مطلوبیت" می‌باشد. عوامل مختلفی مانند مقرون به صرفه بودن، نگرش چند بعدی به درمان، مشوق‌ها، همبستگی بین پروتکل دارو درمانی و درمان‌های غیر دارویی، بعنوان عوامل مؤثر بر ماندگاری بر "گروه درمانی" شناخته شد. درمانگران مشارکت‌کننده گزارش می‌کردند که با وجود مقرون به صرفه بودن و بعضاً رایگان بودن "گروه درمانی" هنوز ریزش‌های بالا هست. آنها معتقد بودند که در صورت تعریف تعرفه شاید بیماران بالاجبار به دلیل پرداخت در گروه بمانند. "نگرش چند وجهی به درمان" از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، نگاه همه‌جانبه به اعتیاد درمان را اثر بخش‌تر و اثر آن را پایدارتر می‌کند. از دیدگاه درمانگران همبستگی بین "گروه درمانی" و دیگر رویکردهای درمانی به ماندگاری گروه، کاهش ریزش بیماران و حتی اثر بخشی

درمانی با اثر درمانی زیاد و مقرون به صرفه ارجحیتی بر درمان‌های فردی ندارد (Georgi 2005 and Flores and) مدل توصیفی بدست آمده در این رویکرد کیفی دلیل عدم گسترش گروه درمانی در مراکز منتخب را در دو بعد اصلی نشان می‌دهد: ساختار و فرآیند اثر بخشی گروه درمانی در حوزه اعتیاد. ساختار "گروه درمانی" با نحوه اجرا و محتوای آن ارتباط تنگاتنگی را با یکدیگر نشان می‌دهند. اجرای "گروه درمانی" که در مراکز ایرانی مستقیماً به درمانگر وابسته است بنظر نمی‌رسد از استاندارد و کیفیت بالایی برخوردار باشد چون چارچوب مشخصی برای آن تعریف نشده است؛ درمانگر اغلب نقش رهبری خود را با آموزشگر مخلوط می‌کند؛ و برنامه ریزی مناسبی برای اجرای "گروه درمانی" در این مطالعه در سطح مراکز بدست نیامد. به عبارتی درمانگران گروه را بر حسب علاقه و سلیقه شخصی خود تشکیل داده و ادامه می‌دهند. به علت عدم وجود پروتکل‌های خاص و تعریف جایگاه رسمی برای گروه درمانی در سیاست‌های مراکز، پایش و ارزشیابی منظم نیز صورت نمی‌گیرد. در اجرای گروه درمانی؛ محتوا نقش به‌سزایی در کیفیت اجرا و نهایتاً ساختار "گروه درمانی" بازی می‌کند. اگر چه تلاش درمانگران بر اعمال محتوای معتبری مانند Yalom می‌باشد، اما پروتکل واحدی که ساختار "گروه درمانی" در سراسر کشور را هدایت کند در این مطالعه بدست نیامد. از طرف دیگر محتوای "گروه درمانی" به لحاظ موضوعات و حتی رویکردهای مورد استفاده بنظر نمی‌رسد مبتنی بر شواهد علمی باشد. اگر چه مطالعات پراکنده‌ای توسط پژوهشگران ایرانی بر استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری در "گروه درمانی" تأکید کرده‌اند؛ ولی هیچ مطالعه‌ی کشوری با ساختار استاندارد و پروتکل مشخص برای اجرای "گروه درمانی"

فرآیند "گروه درمانی" برای بازگشت به محیط کار و مدیریت رفتار در تعامل با افراد جامعه و محیط کار از ویژگی‌های بارز شرکت در "گروه درمانی" عنوان شد. اکثریت بیماران در گروه درمانی "افزایش اعتماد به نفس" را تجربه کرده بودند. حضور در جمعی از افراد که نقاط مشترک زیادی با هم دارند اثر مثبت فزاینده‌ای بر بازگشت وی یا رشد اعتماد به نفس و خودباوری مشارکت‌کنندگان داشته است. بیماران زیادی روایت کردند که قبل از شرکت در گروه نمی‌دانستند "چه کسی" هستند. حضور در گروه و تعامل با دیگر اعضا و بازخوردهای دریافتی از آنها مکانیسم خودشناسی فرد را فعال می‌کرد. بطور خلاصه، عوامل مختلفی در فرآیند اثر بخشی گروه درمانی دخالت دارند که مهمترین آنها مقبولیت و مطلوبیت این روش درمانی است. مقبولیت نسبی "گروه درمانی" در مراکز منتخب مطالعه دست آمد؛ در حالیکه بنظر می‌رسد گروه درمانی‌های موجود از مطلوبیت کافی مبتنی بر شواهد علمی- عملی برخوردار نیستند.

بحث

در این ارزشیابی کیفی و در پاسخ به سوالات اصلی: "آیا در حوزه اعتیاد و مراکز مربوطه "گروه درمانی" انجام می‌شود؟"، "چرا "گروه درمانی" به عنوان مداخله درمانی انتخابی در اعتیاد توسعه نیافته است؟"؛ تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد اگر چه مراکز دولتی، گروه درمانی را بطور اختیاری در سیستم خود اجرا می‌کنند اما این روش در ایران به عنوان یک روش درمانی غیر دارویی برای افراد با اختلال سوء مصرف مواد و اعتیاد گسترش چندانی نیافته است. این در حالی است که اعتیاد به عنوان یک معضل سلامت عمومی شناخته شده است و تقاضا برای درمانهای مؤثرتر در جوامع رو به افزایش است. در این میان گروه درمانی به عنوان

کرده بودند، در حالی که درمان جویانی که همزمان با درمان دارویی، در "گروه درمانی" نیز حضور داشته اند، کمتر از احساس تنهایی و انزوا شکایت می کردند.

مدل توصیفی: مدل توصیفی استخراج شده (شکل ۱) از تحلیل یافته های مطالعه، چارچوبی را معرفی می کند که در آن سازه های اصلی "گروه درمانی" در مراکز منتخب مطالعه را نشان می دهد و نیز عوامل بازدارنده و تقویت کننده در کاربرد گروه درمانی را مشخص می کند.

بر مبنای یافته های این مطالعه جهت گسترش گروه درمانی به عنوان روش درمانی انتخابی در ایران پیشنهاد می شود:

"گروه درمانی" در بسته های درمانی اعتیاد در مراکز به عنوان یک درمان انتخابی قرار گیرد.

"گروه درمانی" در اعتیاد در ایران نیازمند متولی تخصصی است. توصیه می شود که تنها افرادی مجاز به تشکیل و اداره گروه باشند که دارای گواهی معتبر گروه درمانی به دنبال کسب استانداردهای "گروه درمانی" باشند. در بسته درمانی اعتیاد مراکز، گروه درمانی بعنوان درمان اختیاری تعریف شده است. توصیه می شود برای تولید اطلاعات مبتنی بر شواهد، در چندین مرکز "گروه درمانی" در داخل بسته های درمانی و در روند درمان قرار گیرد و پیامدهای درمانی، روند بهبود و میزان لغزش با مراکز دیگر که گروه درمانی انتخابی است مقایسه شود.

محدودیت های مطالعه: از محدودیت های این مطالعه می توان به کمبود منابع آموزشی برای آشنایی درمانگران با فرآیند گروه درمانی و پذیرش کم این روش در میان مدیران و متولیان سیستم درمانی اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

تا زمان انجام این مطالعه در دسترس نبود. بعضی از مراکز منتخب این مطالعه سابقه طولانی و چشم گیری در اجرای "گروه درمانی" برای بیمارانیشان داشتند ولی این مراکز هم ساختار مشخصی از نظر اجرا و یا محتوا برای این درمان نداشتند و آن را تماما به عهده درمانگر گذاشته بودند. بدون بازبینی اجرای "گروه درمانی"، درمانگر علاقه مند، گروه را تشکیل و ادامه می داد و نهایتا تعداد گروه ها و اجرا شدن یا نشدن آن را به مدیریت گزارش می کرد. در مراکز مورد مطالعه شواهدی دال بر ارزشیابی "گروه درمانی" و تغییر یا بازبینی ساختار اجرایی و محتوایی آن بدست نیامد.

نتیجه گیری

"آیا "گروه درمانی" برای بیماران با اعتیاد در ایران اثربخش بوده است؟"

تحلیل اطلاعات نشان می دهد که "گروه درمانی" در مسیر کمک به درمان اکثریت بیماران شرکت کننده، از دیدگاه مشارکت کنندگان اثر بخش بوده است. فرآیند اثربخشی گروه درمانی در مدل توصیفی به روشنی دو موضوع اصلی مقبولیت و مطلوبیت "گروه درمانی" را نشان می دهد. عوامل تاثیر گذار در مقبولیت گروه درمانی شامل خود درمانگر، نحوه ی اجرا، رویکرد درمانی مورد استفاده و محتوای درمانی می باشد. نتایج نشان داد گروه درمانی در نزد درمان جویان مقبولیت داشته است، اما از مطلوبیت بالایی برخوردار نبود. ریزش درمان جویان از گروه و عدم مهارت کافی درمانگر در حفظ گروه می تواند نشان دهنده مطلوبیت پایین گروه درمانی باشد.

همچنین مشاهده شد که بیمارانی که تجربه ای از گروه درمانی نداشتند، احساس انزوا و تنهایی بیشتری را تجربه

دریغشان در تمامی مراحل پروژه برخوردار بودیم، کمال تشکر را داریم.
در پایان از کلیه همکاران مان در کشور و در انستیتو روانپزشکی دانشگاه کارولینای جنوبی آمریکا که در تأمین منابع و تسهیل دسترسی به منابع موجود ما را یاری کردند صمیمانه تشکر می‌نماییم.

این پژوهش حاصل همکاری و حمایت‌های بی دریغ بیماران با اختلال سوء مصرف مواد، درمانگران و نیز دست اندرکاران حوزه درمانی اعتیاد است که بدون یاری آنها این مجموعه به نتیجه نمی‌رسید. از گلاره مستشاری کارشناس ارشد دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سمیرا فریدمنش و فهیمه لواسانی که از حمایت‌های بی

جدول ۱- مراکز و تعداد افراد مشارکت کننده در مصاحبه متمرکز گروهی

| مراکز | درمانگر(تعداد) | درمان جو(تعداد) |
|---|----------------|-----------------|
| مرکز درمان اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی یزد(شماره ۱) | ۰ | ۵ |
| مرکز درمان اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی یزد(شماره ۲) | ۰ | ۶ |
| بیمارستان شهید بهشتی کرمان | ۴ | ۸ |
| مرکز درمان اعتیاد پرتو - شیراز | ۰ | ۶ |
| اینکاس - تهران | ۷ | ۷ |
| مرکز گذری کاهش آسیب | ۰ | ۱۲ |
| جمع کل | ۱۱ | ۴۴ |

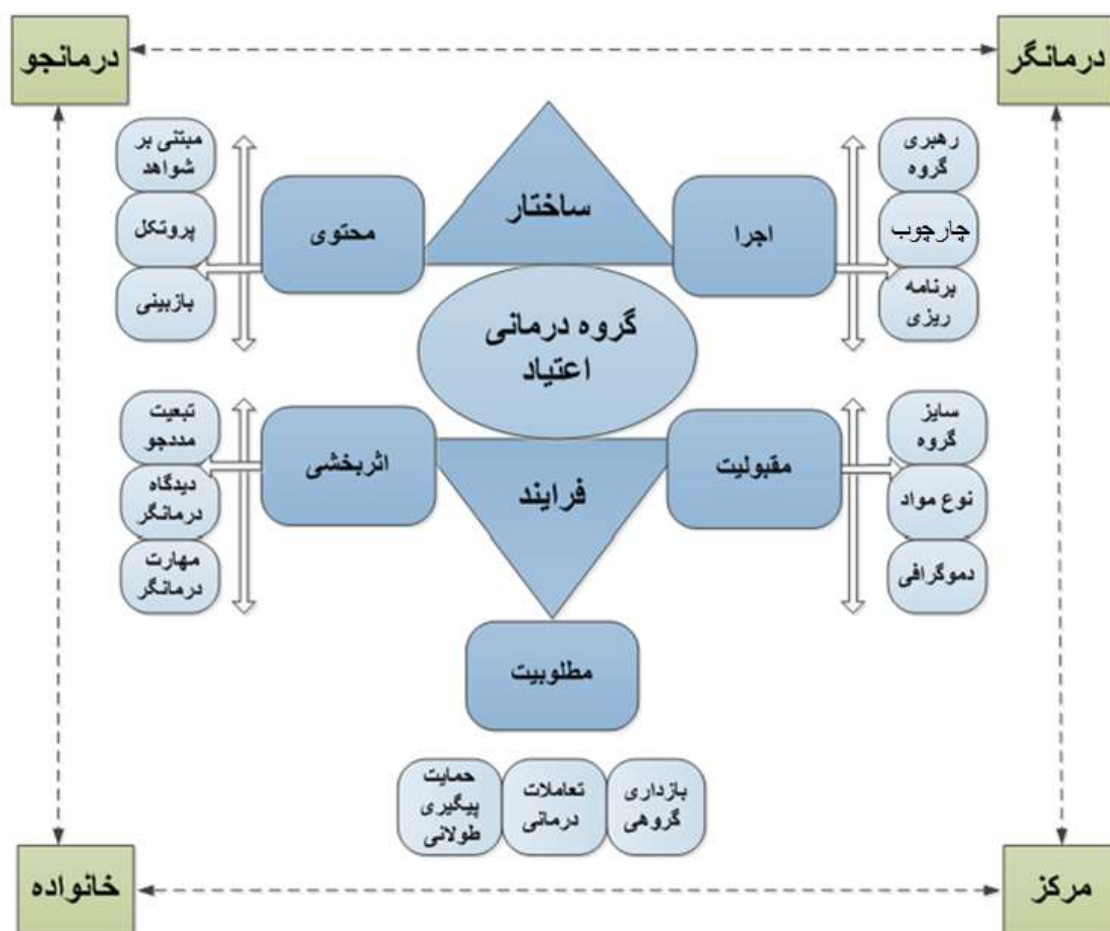
جدول ۲- فراوانی مشارکت کننده ها در مصاحبه عمیق فردی

| ردیف | مصاحبه شوندگان | تعداد (نفر) |
|------|---|-------------|
| ۱ | درمانگران | ۶ |
| ۲ | درمان جویان با تجربه قبلی گروه درمانی | ۵ |
| ۳ | درمان جویان فعال در گروه درمانی | ۱۰ |
| ۴ | خانواده بیماران مشارکت کننده در گروه درمانی | ۵ |
| | جمع کل | ۲۶ |

جدول ۳- دلایل موفقیت و دلایل عدم موفقیت در "گروه درمانی" از دیدگاه روانپزشکان و روانشناسان

| دلایل موفقیت | دلایل عدم موفقیت |
|----------------------------|---|
| علاقه مندی | ۱-عدم حمایت مرکز درمانی |
| مطالعه منابع علمی | ۲-مشکلات درمان جویان |
| رویکرد درمانی مناسب | ۳-کمبود منابع آموزشی |
| مهارت‌های تکنیکی | ۴-محیط درمانی سرپایی یا بسته (کمپ ها، بیمارستانها، زندانها) |
| داشتن سوپر وایزر | ۵-نداشتن مهارت |
| تعاملات خوب با درمان جویان | ۶-نداشتن سوپروایزر |
| گرفتن بازخورد از همکاران | ۷-نگذراندن دوره‌های آموزشی مناسب در باره گروه درمانی |

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| انتخاب اعضای مناسب گروه درمانی | ۸- ریزش اعضا |
| تجربه کاری | ۹- عدم حضور به موقع اعضا |
| شرکت در کارگاههای آموزشی | ۱۰- سختی گروه درمانی اعتیاد |
| پیگیری درمان جویان | |
| شناخت شرایط فرهنگی درمان جویان | |



شکل ۱- مدل توصیفی گروه درمانی در اعتیاد

References

Ashouri, A., Mollazadeh, J. and Mohammadi, N., 2008. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Improvement of Coping Skills and Relapse Prevention in Addicted

Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, pp. 281-288. [In Persian]
Chambers, R., 1992. Rural Appraisal: Rapid, Relaxed and Participatory, IDS Discussion Paper 311. Brighton: IDS

- Dastjani, F., Rahmani, M.A. and Tizdast, T., 2014. The effectiveness of therapeutic group and behavior for illogical belief and quality of peoples life related. *Research on Addiction*, 7, pp. 119-129. [In Persian]
- Flores, PJ. and Georgi, JM., 2005. A *Treatment Improvement Protocol*. Department of health and human services: SAMHSA: Center for Substance Abuse Treatment, Contract No: (SMA) 05-3991.
- Kleinman, A., 1981. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press.
- Kvale, S. and Brinkmann, S., 2009. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, SAGE Publications.
- Miles, M.B. and Huberman, A.M., 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, SAGE Publications.
- Mollazadeh, J. and Ashouri, A., 2009. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Improve-ment of Relapse Prevention Skills and Mental Health in the Addicts. *Clinical Psychology and Personality*, 1, pp. 1-12. [In Persian]
- SAMHSA., 1993. *CSAT Treatment Improvement Protocols*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82999/>
- SAMHSA., 2005. 3 criteria for the placement of clients in groups. SAMHSA: Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US);. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 41. [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64223/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64223/))
- Tabatabaeichehr, M., Ebrahimi Sani, E. and Mortazavi, H., 2012. The effectiveness of group cognitive - behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 4, P. 431. [In Persian]

Exploring the Challenges of Group Therapy as a Selective Approach in Treatment of Addiction

Merghati-Khoei, E., Ph.D. Assistant Professor, Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: effat_mer@yahoo.com

Jansar hoseinie, L., MSc. Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ommaty, S., MSc. Department of Psychology, Islamic Azad University of Rudehen, Tehran, Iran

Golshani, F., MSc. Student, Department of Psychology, Islamic Azad University of Garmsar, Tehran, Iran

Bayat, A.R., BSc. Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Apr 24, 2016

Accepted: Dec 18, 2016

ABSTRACT

Background and Aim: Group therapy is one of the selective approaches effective in addiction treatment, although it is not used extensively. Therefore, it is essential to assess the current group therapy situation and determine its barriers and reinforcing factors in addiction treatment settings.

Materials and Methods: This qualitative study was a rapid assessment designed and conducted in 2014-2015. Formal and informal data were collected from 6 selected centers (n=55) by a multi-disciplinary research team, using a systematic and semi-structured approach. Data were analyzed using thematic analysis.

Results: Based on data analysis a descriptive model was obtained with two main items, namely, structure and implementation of group therapy and effectiveness process. These two main items were found to be composed of four descriptive sub-items, including structural determinants and effective determinants in group therapy, contextual features, content, acceptability and desirability of treatment.

Conclusion: The findings show that application and effectiveness of group therapy is desirable, but it is not used as a routine approach in addiction treatment centers. Barriers to expansion of group therapy include insufficient content, lack of a structured protocol, and lack of professional capacity building. The study also reveals that group therapy is quite acceptable among patients who have had the experience of being treated with this approach but less acceptable among those who are not familiar with it.

Keywords: Addiction, Group Therapy, Qualitative