

Research Paper

The Reasons for Iranian Clients' Premature Dropout of Psychotherapy and Counseling from the Therapists' Point of View



Somayeh Safarzade¹ , Mahnaz Joukar Kamalabadi¹ , Faridehsadat Hoseini¹ , Seyed Mousa Golestaneh¹

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.



Citation Safarzade S, Joukar Kamalabadi M, Hoseini F, Golestaneh SM. [The Reasons for Iranian Clients' Premature Dropout of Psychotherapy and Counseling From the Therapists' Point of View (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5195.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijcp.31.5195.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijcp.31.5195.1>

Received: 26 Aug 2024

Accepted: 03 May 2025

Available Online: 03 Sep 2025

ABSTRACT

Objectives Sometimes, clients prematurely terminate the therapy sessions before realizing the full benefits of psychotherapy. In the present study, we aim to investigate the factors affecting Iranian clients' premature dropout of psychotherapy and counseling from the therapists' perspective.

Methods This is a qualitative study conducted from September 2023 to July 2024. Participants were 31 male and female counselors and therapists working in the field of mental health in Bushehr city, south of Iran. They were selected using a purposive sampling method until theoretical saturation was reached in semi-structured interviews. The data were coded based on Strauss and Corbin's grounded theory. Lincoln and Guba's four criteria were used to assess the trustworthiness of the data. MAXQDA software, version 2020 was used to analyze the data.

Results From the analysis of interviews, 439 open codes were first obtained and placed in 60 subcategories. Finally, nine main categories were identified which included: 1) Lack of expertise and skill of the therapist in psychotherapy and counseling, 2) Cognitive, motivational, emotional, and behavioral actions of the client during the sessions, 3) Biographical factors of the client, 4) Environmental factors, 5) Structural factors, 6) Client's personality patterns, 7) Lifestyle, personality, and emotional characteristics of the therapist, 8) Biographical factors of the therapist, and 9) Psychiatric medications.

Conclusion There are several factors related to both patients and therapists that affect premature dropout from psychotherapy and counseling. The identified factors in the present study can help improve the quantitative and qualitative level of psychotherapy in Iran and reduce the rate of premature dropout.

Key words:

Psychotherapy,
Counseling, Patient
Dropout, Etiology,
Qualitative research

* Corresponding Author:

Mahnaz Joukar Kamalabadi, Assistant Professor.

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

Tel: +98 (917) 3076237

E-mail: Joukar.m@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Many studies have shown that psychotherapy is effective in the treatment of mental disorders. However, the prevalence of premature dropout from psychotherapy and counseling is very high. Clients and therapists are expected to agree on the time to end psychotherapy, but most of the clients leave the sessions without coordinating with the therapist. This action occurs for many reasons. Clients who leave sessions early receive fewer benefits compared to other clients. Therapists whose clients leave sessions early feel inadequate. The reasons for the presence or non-attendance of clients in sessions may vary from person to person and from moment to moment. Psychotherapy approaches vary, each with its own specific method and duration. Therefore, it is difficult to have a uniform definition of the premature dropout from psychotherapy and counseling. Our knowledge of the possible predictors of this phenomenon is incomplete, and the predictive patterns of this phenomenon, especially for the variables that are related to the patient, are poorly understood. The therapist is also a fundamental element in the treatment process. A study showed that the therapist's impact on the results of psychotherapy for clients is higher than the impact of treatment methods. Most of the studies in the field of premature dropout from psychotherapy and counseling have been done using quantitative methods. This method of analysis results in the loss of unique information and data, focusing solely on a few limited variables for predicting premature dropout. Therefore, as recommended by Barrett et al. [7], it is better to use qualitative studies for a comprehensive investigation of the effective factors in premature dropout. Therefore, in the current research, we aim to investigate the reasons for Iranian clients' premature dropout of psychotherapy and counseling from the therapists' point of view.

Methods

This is a qualitative study based on Strauss and Corbin's grounded theory. The main tool for data collection was semi-structured interviews. The interview questions were formulated by studying the theoretical and experimental background of the research or by consulting with active experts in the field of the phenomenon. The data collection was carried out from September 2023 to July 2024. On average, each interview lasted 60-80 minutes. The interview questions were aimed at investigating the effective factors in the premature dropout of psychotherapy and counseling by clients. The participants were male and female counselors and therapists active in the field of mental health in Bushehr city, south of Iran, who have the necessary experience and a comprehen-

sive understanding of the phenomenon under investigation. They were selected using a purposive sampling method. The sampling continued until reaching theoretical data saturation, which was achieved after interviewing 25 participants. To further ensure the saturation of data, six more interviews were also conducted. Therefore, the final sample size was 31. The inclusion criteria were at least 25 years of age, at least a master's degree in counseling or psychology, and at least ten years of active work experience in counseling and psychotherapy centers. The exit criteria were short answers to the questions, incomplete answers, and not reviewing the recorded interviews and the extracted data to confirm their accuracy and relevance. The coding process was carried out in an inductive way according to the problem and the research objectives. In the inductive content analysis method, the researcher avoids using pre-determined categories and tries to derive the categories and their names from within the research data. After extracting all the primary concepts, the data obtained from open coding were compared with each other, and similar codes were placed in a category. Finally, similar subcategories were merged into one category, and the main category was formed. Lincoln and Guba's four criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability were used to assess the trustworthiness of the data. MAX-QDA software, version 2020 was used to analyze the data.

Results

Seventeen female therapists (54.84%) and 14 male therapists (45.16%) participated in the study. Their age range was 35-62 years. Their work experience in the field of psychotherapy and counseling ranged from 10 to 35 years. Nine main categories were obtained from the in-depth interviews with therapists. Table 1 reports the main category and subcategories extracted from 439 open codes.

Conclusion

In this study, we identified nine main categories as the reasons for clients' premature dropout from psychotherapy and counseling from the therapists' point of view, which included: 1) Lack of expertise and skill of the therapist in psychotherapy and counseling, 2) Cognitive, motivational, emotional, and behavioral actions of the client during the sessions, 3) Biographical factors of the client, 4) Environmental indicators, 5) Structural factors of psychotherapy and counseling sessions, 6) Client's personality patterns, 7) Lifestyle, personality, and emotional characteristics of the therapist, 8) Biographical factors of the therapist, and 9) Psychiatric medications. Developing more effective interventions to reduce clients' premature dropout from psychotherapy and counseling requires a proper understanding and perception of these factors by mental health professionals.

Table 1. Subcategories and main category extracted from open codes

Main Category	Subcategories
Lack of expertise and skill of the therapist in psychotherapy and counseling	The therapist's lack of control over their own negative feelings, behaviors, and emotions
	The therapist's talking duration during the sessions
	Failure to comply with ethical and professional principles of psychotherapy by the therapist
	The therapist's lack of psychotherapy knowledge and expertise
	The type of psychotherapy approach used by the therapist
	The therapist's lack of collaboration with other mental health professionals
	Lack of proper and sympathetic communication between the therapist and the client
	The extent of the therapist's and client's role in premature dropout from psychotherapy
	Lack of proper and empathetic communication between the therapist and the client
	Client's negative beliefs about the therapist
Cognitive, motivational, emotional, and behavioral actions of the client during the sessions	Clients' negative beliefs about receiving counseling and psychotherapy
	Client's unpleasant feelings and emotions during sessions
	Client's rush to improve
	Client's resistance during sessions
	Client's lack of motivation
	Mandatory attendance of the client in psychotherapy sessions
	Client's previous negative experiences with psychotherapy
	The process of transfer in the client
	Client's lack of necessary mental, cognitive, and behavioral preparation for psychotherapy
	Clients' despair of improvement
	Clients' lack of literacy and knowledge
	Clients' ability to retain memories
	Type of problem
	Severity of problem
Biographical factors of the client	Gender
	Marital status
	Intelligence

Main Category	Subcategories
Environmental indicators	The prevalence of yellow psychology in society
	The country's economic conditions
	Negative beliefs of society regarding counseling and psychotherapy services
	Negative media advertising
	Higher status of men in Iranian society
	Unfavorable performance of the psychology systems
	The government's lack of attention to the mental health of the people
	The inadequacy of university courses in the field of psychology
	Cultural beliefs of society in how psychotherapy sessions are conducted
	Family conditions of the client
Structural factors of psychotherapy and counseling sessions	Difficult living conditions of the client
	Duration of counseling and psychotherapy sessions
	Different ages of the therapist and the client
	Cost of counseling and psychotherapy sessions
	Therapy room
	Gender difference between the client and the therapist
	Gender similarity between the client and the therapist
	Referral of clients by the therapist
	Therapist's disappointment with the client's improvement
Client's personality patterns	Client's personality
Lifestyle, personality, and emotional characteristics of the therapist	therapist's family and the raising process
	Therapist's personal problems in life
	Therapist's insecure attachment patterns
	Therapist's lack of energy and tolerance
	Therapist's personality and emotional components
	Therapist's lack of receiving psychotherapy
Biographical factors of the therapist	Therapist's gender
	Therapist's marital status
	Therapist's university and degree
	Therapist's financial status
Psychiatric medications	Not receiving concomitant medications
	Lack of rapid effect of psychiatric medications on clients
	Therapist's advice to clients to take psychiatric medications

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research was approved by the Ethics Committee of [Bushehr University of Medical Sciences](#) (Code: IR.BPUMS.REC.1403.087). All ethical principles, such as voluntary participation, informed consent, anonymity, and confidentiality, were observed.

Funding

This article was extracted from the dissertation of Somayeh Safarzade at the Faculty of Literature and Humanities, [Persian Gulf University](#), Bushehr, Iran. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization, Design, methodology, investigation, project administration, data curation, formal analysis, data interpretation, supervision, and writing: Somayeh Safarzade; conceptualization, design, methodology, investigation, data curation, formal analysis, data interpretation, and supervision: Mahnaz Joukar Kamalabadi; investigation, data interpretation, and supervision: Fari-dehsadat Hoseini; methodology, data interpretation and supervision: Seyed Mousa Golestaneh.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the psychology and psychiatry clinics and the therapists for their cooperation in this study.

مقاله پژوهشی



واکاوی علل ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان از دیدگاه متخصصین بالینی

سمیه صفرزاده^۱، مهناز جوکار کمال‌آبادی^۱، فریده‌السادات حسینی^۱، سید موسی گلستانه^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.



Citation Safarzade S, Joukar Kamalabadi M, Hoseini F, Golestaneh SM. [The Reasons for Iranian Clients' Premature Dropout of Psychotherapy and Counseling from the Therapists' Point of View (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5195.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5195.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5195.1>

حکیده

اهداف: امروزه، ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره یک چالش بالینی بزرگ برای درمانگران و مراجعین دریافت‌کننده خدمات بالینی است. هدف روان‌درمانی، کاهش پریشانی روانی و ایجاد محیطی است که در آن رشد بین فردی یا درون فردی امکان‌پذیر باشد. گاهی مراجعان قبل از دستیابی به مزایای کامل روان‌درمانی اقدام به ترک جلسات می‌کنند. اطلاعات ما در مورد اینکه چگونه و چرا مراجعین درمان را پیش از موعد ترک می‌کنند کافی نیست. هدف پژوهش حاضر، شناسایی عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه درمانگران است. هدف روان‌درمانی کاهش پریشانی روانی و ایجاد محیطی است که در آن رشد بین فردی یا درون فردی امکان‌پذیر باشد. گاهی مراجعان قبل از دستیابی به مزایای کامل روان‌درمانی اقدام به ترک جلسات می‌کنند. ترک زودرس یک تجربه رایج در میان درمانگران است. تحقیقات در زمینه ترک زودرس پیچیده است و اغلب یافته‌های متناقضی را به همراه دارد. تعداد زیادی از پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه دلایل ترک زودرس با روش تحلیل کمی و بر مراجعان متمرکز بوده است. درمانگران می‌توانند از منابع اطلاعاتی ارزشمند در زمینه دلایل ترک زودرس مراجعان باشند. در پژوهش حاضر به دنبال بررسی جامع عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه درمانگران هستیم.

مواد و روش‌ها: روش پژوهشی مطالعه حاضر کیفی و طرح آن تحلیل محتوا است. جامعه آماری پژوهش تمامی مشاوران و درمانگران فعال در حوزه سلامت روان بودند. محل اجرای پژوهش شهر بوشهر بود. روش نمونه‌گیری باتوجه به هدف پژوهشگران، غیراحتمالی و هدفمند بود و براساس قاعده اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)، نمونه‌گیری تا زمان اشباع نظری پیرامون عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره ادامه یافت. بنابراین، حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۱ نفر درمانگر زن و مرد بود. ابزار پژوهش، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. فرایند کدگذاری در پژوهش حاضر باتوجه به مسئله و اهداف پژوهش به صورت استقرایی صورت پذیرفت.

یافته‌ها: تمامی مصاحبه‌های ضبط شده به صورت نوشتاری تدوین و در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ ذخیره گردید. از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها ۴۳۹ کد باز به دست آمد که در طول مصاحبه با آزمودنی‌های پژوهش، ۳۴۸۵ بار تکرار شده بود. در گام بعدی، کدهای باز در ۶۰ طبقه فرعی قرار گرفتند و در نهایت، ۹ طبقه اصلی حاصل گردید. ۱. عدم تخصص و مهارت درمانگر در روان‌درمانی و مشاوره، ۲. کنش‌های شناختی، انگیزشی، هیجانی و رفتاری مراجع در طول جلسات، ۳. ویژگی‌های بیوگرافیک مراجع، ۴. شاخصه‌های محیطی، ۵. شاخصه‌های ساختاری جلسات روان‌درمانی و مشاوره، ۶. الگوهای شخصیتی مراجع، ۷. سبک زندگی، شاخصه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر، ۸. عوامل بیوگرافیک درمانگر، ۹. داروهای روان‌پزشکی.

نتیجه‌گیری: میزان شیوع ترک زودرس نشان می‌دهد تعداد زیادی از افرادی که خدمات روان‌درمانی دریافت می‌کنند از مزایای کامل درمان برخوردار نمی‌شوند. ضروری است درمانگران نسبت به شناخت عوامل مرتبط با ترک زودرس تلاشی جدی داشته باشند. توسعه مداخلات مؤثرتر برای کاهش ترک زودرس نیازمند درک و دریافت صحیح از عوامل علی بروز این پدیده است. در پژوهش‌های قبلی، فقدان یک مفهوم‌سازی سیستماتیک از نقش عوامل مراجع و درمانگر در شناخت ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره کاملاً محرز است. در پژوهش حاضر تلاش گردید شناخت عمیقی از عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره حاصل گردد. سهم عوامل مؤثر در درمانگران و مراجعان در بروز این پدیده مشخص و تبیین شد. امید است یافته‌های پژوهش حاضر زمینه ارتقای سطح کمی و کیفی روان‌درمانی و کاهش ترک زودرس جلسات توسط مراجعان را فراهم کند.

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانی، مشاوره،
ترک زودرس بیماران،
علت‌شناسی، پژوهش کیفی

* نویسنده مسئول:

دکتر مهناز جوکار کمال‌آبادی

نشانی: بوشهر، دانشگاه خلیج فارس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۰۷۶۲۳۲۷ (۹۱۷) +۹۸

پست الکترونیکی: joukar.m@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

می‌گردد. به همین جهت، توصیه می‌شود در هنگام بررسی میزان شیوع این پدیده الزاماً تعریفی که پژوهشگر در نظر گرفته است مورد ملاحظه قرار گیرد [۹].

مراجعاتی که اقدام به ترک زودهنگام جلسات دارند فواید کمتری از سایر مراجعان دریافت می‌کنند [۱۰]. درمانگرانی که مراجعان‌شان اقدام به ترک زودرس جلسات دارند ممکن است احساس ناکافی بودن کنند [۱۱]. تاکنون، در پژوهش‌های مختلف ویژگی ثابتی در مراجعان و درمانگران به دست نیامده است که به‌طور کامل توضیح دهد چرا برخی از مراجعان جلسات درمانی را به‌صورت کامل ادامه می‌دهند و بعضی دیگر، اقدام به ترک زودهنگام جلسات می‌کنند. دلایل حضور یا عدم حضور مراجعان در جلسات از فردی به فرد دیگر و از لحظه‌ای به لحظه دیگر ممکن است متفاوت باشد. ذکر این نکته ضروری است که در تمامی رویکردهای روانشناسی، مراجعان تصمیم می‌گیرند چه زمانی درمان را پایان دهند.

توضیحات نظری اندکی در زمینه ختم زودرس مراجعان در شیوه‌های مختلف روان‌درمانی، مانند روانکاوی [۱۲]، التقاطی [۱۳] و رفتاری [۱۴] ارائه شده است. تحقیقاتی که در زمینه پیش‌بینی‌کننده‌های ترک پیش از موعد انجام شده است نیز یافته‌های متناقض زیادی دارد. تعاریف عملیاتی متفاوت از ترک زودرس، عدم تکرار پژوهش‌ها در موقعیت‌های مختلف و تجزیه و تحلیل‌های آماری متنوع، مقایسه و تطبیق این نتایج مبهم را دشوار کرده است. سؤالی که می‌تواند موجب کاهش ترک زودرس شود این است که «چه درمانی توسط چه درمانگری برای یک مراجع با مشکل خاص و تحت چه مجموعه شرایطی مؤثرتر است؟» [۱۵]. روان‌درمانی، یک پدیده ساده نیست. «درمانگران در سراسر جهان سعی کرده‌اند بفهمند که آیا کاری که انجام می‌دهند مفید است و به تغییر منجر می‌شود» [۱۶]. پس از چندین دهه تحقیق، هنوز مشخص نیست که چگونه و چرا مراجعین درمان را زودتر از موعد پایان می‌دهند [۱۷].

روان‌درمانی و مشاوره، فعالیت‌های سنگین و بسیار عمیق است که می‌تواند تحت تأثیر ارزش‌های شخصی، فرهنگ، معنویت، نیروهای اجتماعی، تفکرات سیاسی، جنسیت، سبک زندگی، نژاد، قومیت و موقعیت اجتماعی درمانگر و مراجع قرار گیرد [۱۸]. به‌طور تقریبی نیمی از همه بیماران در فرایند روان‌درمانی و مشاوره اقدام به ترک زودهنگام جلسات می‌کنند. دانش ما در مورد پیش‌بینی‌کننده‌های ممکن این پدیده کامل نیست و الگوهای پیش‌بینی‌کننده این پدیده به‌طور ضعیفی شناخته شده است. به‌خصوص، برای آن دسته از متغیرهایی که مربوط به بیمار است [۲۰]. شخص درمانگر نیز یک عنصر اساسی در فرایند درمان است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد این درمانگر است که بر نتایج روان‌درمانی برای مراجع تأثیر می‌گذارد و شیوه‌های درمانی چندان دارای تأثیر نیستند [۲۱].

روان‌درمانی^۱، اصطلاحی کلی برای درمان مشکلات سلامت روان مراجعان از طریق تعامل با روانپزشک، روانشناس یا سایر ارائه‌دهندگان سلامت روان است. در فرایند روان‌درمانی، مراجعان در مورد وضعیت و حالات، احساسات، افکار و رفتارهای منفی‌شان بینش کسب می‌کنند و در جهت تغییر گام برمی‌دارند [۱]. محققان به‌صورت پیوسته نشان داده‌اند روان‌درمانی در درمان اختلالات روانی مؤثر است. اندازه اثربخشی روان‌درمانی در مطالعات بالینی برای درمان مسائل سلامت روان ۸۰٪ به دست آمده است. علی‌رغم موفقیت روان‌درمانی، ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره^۲ بالا است [۲]. هرچند انتظار می‌رود مراجعان و درمانگران در مورد زمان پایان دادن به روان‌درمانی توافق داشته باشند، اغلب مراجعان، روان‌درمانی را بدون هماهنگی با درمانگر ترک می‌کنند. این اقدام به دلایل بسیاری رخ می‌دهد. تعریف این پدیده ساده نیست و اصطلاحاتی، مانند قطع زودرس، خاتمه نابهنگام، فسخ یک‌طرفه، ختم زودرس و ترک زودرس همگی برای توصیف آن به کار می‌روند [۳].

یکی از مشکلات در هنگام مطالعه ترک زودرس انتخاب از میان تعاریف موجود است. رویکردهای روان‌درمانی متفاوت هستند و هر رویکرد، شیوه و طول مدت مشخصی دارد. بنابراین، یک تعریف یکسان از پدیده ترک زودرس دشوار است. رویکردهای روان‌درمانی زمانی به‌طور ایدئال به پایان می‌رسند که مراجع و درمانگر توافق دارند اهداف درمان محقق شده است [۴]؛ اما گزارش‌ها حاکی از نرخ بالای ترک زودرس در سنین مختلف و گروه‌های تشخیصی و درمانی است. این برآوردها موجب نگرانی متخصصین فعال در حوزه سلامت روان شده است. تعریف ترک زودرس در مطالعات مختلف، متفاوت است [۵]. در پژوهشی، ترک زودرس را به‌عنوان عدم حضور مراجع در آخرین جلسه برنامه‌ریزی‌شده توسط درمانگر تعریف کردند [۶]. در مطالعه دیگری، ترک زودرس به معنای پایان دادن مراجع به جلسات درمانی بدون توجه به تعداد جلسات توافق‌شده با درمانگر تعریف شده است [۶]. در پژوهشی که ترک زودرس به‌عنوان عدم حضور مراجع در یک جلسه از قبل برنامه‌ریزی‌شده توسط درمانگر تعریف شده بود، میزان شیوع ۳۶ درصد به دست آمد [۷].

در مطالعه دیگری، شیوع ترک زودرس براساس قضاوت درمانگر یا تعداد جلساتی که مراجع در فرایند درمان شرکت داشته، ۴۸ درصد حاصل شد [۷]. برداشت‌های متفاوت درمانگر و مراجع در زمینه نحوه درمان، اهداف و انتظارات نیز باعث آمارهای متفاوت از شیوع می‌گردد [۸]. این تنوع در تعاریف، نگرانی‌های زیادی ایجاد می‌کند و موجب آمارهای شیوع و دلایل مختلف علیتی

1. Psychotherapy

2. Premature Dropout in Psychotherapy and Counseling

متغیرهایی در درمانگر وجود دارند که بر ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان تأثیر می‌گذارند. لئونهارت و همکاران این متغیرها را به دو دسته تقسیم کردند: ۱. متغیرهای رابطه‌ای، مانند همدلی، سبک دلبستگی، توجه مثبت بدون قید و شرط، احترام و صمیمیت. ۲. متغیرهای حرفه‌ای، مانند جهت‌گیری نظری، سطح آموزش، تجربه، دیدگاه در مورد روان‌درمانی، فعالیت به‌صورت بی‌طرفانه، تنظیم صحیح پرونده مراجع و وضعیت نظارت بر وضعیت مراجع [۲۲]. ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره می‌تواند بسیار مشکل‌ساز باشد. چندین متغیر ممکن است بر تصمیم فرد برای ترک زودرس تأثیر بگذارد [۲۰]. گام اول برای کاهش ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره شناسایی عواملی است که موجب این پدیده می‌گردند [۲۳]. اگرچه، ترک درمان توسط مراجعان یک تصمیم داوطلبانه است که توسط خود مراجع اتخاذ می‌شود، اما گاهی اوقات، پیامدهای نامطلوبی برای مراجع و درمانگر دارد. درمانگران با دیدن مراجعینی که درمان را پیش از موعد ترک می‌کنند بی‌انگیزه و بی‌روح می‌شوند [۶، ۷].

علاوه‌براین، منابع محدود سلامت روان نیز با ترک زودرس درمان توسط مراجعان به هدر می‌رود. ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان باعث هدر رفتن زمان درمانگر می‌شود و قرار ملاقات با مراجعان نیازمند به خدمات روانشناختی را به تعویق می‌اندازد. یافته‌های پژوهشی نشان داد بعد از این اقدام یک‌سوم مراجعان ترک‌کننده زودرس، علائم بیماری و اختلال‌شان بسیار شدیدتر شده است و جلسات روان‌درمانی شرایط روانی‌شان را بدتر از قبل کرده است. علاوه‌بر تأثیر منفی ترک زودرس بر مراجعان، برخی از درمانگران نیز بعد از این اقدام مراجعان احساس طرد شدن یا عصبانیت داشته و روحیه و انگیزه‌های شغلی‌شان را از دست می‌دهند. این تأثیرات منفی موجب نارضایتی درمانگران و عملکرد ضعیف‌شان با سایر مراجعان خواهد شد [۲۳].

بسیاری از تحقیقاتی که در زمینه ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره انجام شده‌اند با استفاده از روش تحلیل کمی بوده است. این روش تحلیل باعث از دست رفتن اطلاعات و داده‌های منحصربه‌فردی می‌شود و صرفاً بر روی چند متغیر محدود در پیش‌بینی ترک زودرس تمرکز می‌کند. بنابراین، همان‌طور که بارت و همکاران^۳ در سال ۲۰۰۸ توصیه کرده است، بهتر است برای بررسی جامع عوامل مؤثر در ترک زودرس از مطالعات کیفی استفاده شود. در این نوع از مطالعات می‌توان با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته به کاوش عمیق‌تر این پدیده پرداخت و به اطلاعات بسیار جامع و مفیدی درباره علل آن دست یافت. همچنین، این نوع از مطالعات می‌توانند برای پژوهشگران حوزه سلامت روان، بینشی عمیق درباره دلایل نامشهود عدم مشارکت مراجعان در فرایند روان‌درمانی و ترک زودرس حاصل کنند [۲۴].

در پژوهش حاضر به دنبال بررسی علل ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان از دیدگاه درمانگران هستیم. به‌طور کلی، پژوهش‌هایی که به بررسی علت ترک زودرس پرداخته‌اند سه دسته عامل را در بروز این پدیده مؤثر دانسته‌اند: خصوصیات بیمار، ویژگی‌های درمانگر و موقعیت درمان. درمانگران در طول فعالیت حرفه‌ای با مراجعانی روبه‌رو می‌شوند که بعد از گذشت چند جلسه بدون هماهنگی با آنان اقدام به ترک جلسات می‌کنند. بدین ترتیب، ترک زودرس یک تجربه رایج در میان درمانگران است. براساس ادبیات تحقیقاتی تجربه ترک زودرس برای درمانگران از لحاظ شخصی و حرفه‌ای بسیار دشوار است. ترک زودرس روان‌درمانی بخشی از طیف وسیعی از پدیده‌هایی، مانند ترومای ثانویه است که درمانگران با آن مواجه می‌شوند؛ اما، کمتر در مورد آن صحبت می‌شود [۲]. اغلب پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه دلایل ترک زودرس با روش تحلیل کمی و بر مراجعان متمرکز بوده است. پژوهش‌های بسیار اندکی به بررسی دلایل ترک زودرس مراجعان از دیدگاه درمانگران پرداخته است. درمانگران می‌توانند از منابع اطلاعاتی ارزشمند در زمینه دلایل ترک زودرس مراجعان باشد. در این پژوهش تلاش گردید درمانگرانی با گرایش‌های نظری متفاوت که در محیط‌های درمانی متنوع به فعالیت روان‌درمانی و مشاوره مشغول هستند انتخاب گردند. علاوه‌براین، فقدان یک مفهوم‌سازی نظام‌مند از نقش عوامل مراجع و درمانگر در شناخت این پدیده کاملاً محرز است.

در اغلب پژوهش‌ها، عوامل علی مؤثر در مراجعان در بروز این پدیده مورد بررسی قرار گرفته است، اما نقش گسترده درمانگران در این پدیده چندان روشن نیست. در یک مطالعه‌ای که پیزلی، هالگین و مک ایوان [۲۴]^۴ انجام دادند، مستقیماً از درمانگران پرسیده شد چگونه ترک زودرس را تجربه می‌کنند و چه تأثیری بر آنان داشته است. پیزلی و همکاران از روش تحقیق کیفی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روانشناسان مجرب دارای گواهی‌های تأییدشده استفاده کردند.

این پژوهشگران دیدگاه درمانگران در زمینه مؤلفه‌های ترک زودرس روان‌درمانی، مانند علائم هشداردهنده، علل، تلاش برای پیشگیری و تأثیر شخصی و حرفه‌ای این پدیده بر درمانگران را بررسی کردند. حدود نیمی از درمانگران گزارش کردند ترک زودرس توسط مراجع را پیش‌بینی نکرده بودند و نیمی دیگر از درمانگران بیان کردند متوجه علائم هشداردهنده، مانند غیبت و عدم تمایل مراجع به مشارکت در فرایند درمان شده‌اند. درمانگران گزارش کردند اغلب مراجعان دلیلی برای ترک زود هنگام جلسات اعلام نکردند و آنان سعی کردند برای ارائه پشتیبانی و حمایت بیشتر با مراجعین تماس بگیرند. این درمانگران بیان کردند ترک زودرس معمولاً به آسیب‌شناسی روانی مراجعان نسبت داده می‌شود. در زمینه تأثیر شخصی، درمانگران احساس خشم،

نامیدی، از دست دادن، غمگینی، گناه، پشیمانی، تسکین، شکست، شرم، سردرگمی و شگفتی را گزارش کردند. برای مثال، درمانگران گزارش دادند ترک زودرس بر حس شایستگی حرفه‌ای‌شان تأثیری نمی‌گذارد. با این حال، احساس عمیقی از عدم اطمینان و کاهش اعتماد حرفه‌ای را تجربه کرده‌اند. تعدادی از درمانگران این پژوهش بیان کردند تأثیر عاطفی ترک زودرس مراجعان را «ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد» احساس کردند [۲۵].

به صورت کلی، تعداد اندکی پژوهش به بررسی دلایل ترک زودرس مراجعان از دیدگاه درمانگران پرداخته‌اند، اما در این پژوهش‌ها اغلب درمانگران اظهار کردند بهبود بیماری و مشکل مراجعان یا ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری مخرب آنان دلیلی برای ترک زود هنگام جلسات روان‌درمانی بوده و کمتر احتمال داشت «نقص‌های رفتاری و عملکردی درمانگر» و «بیزاری از روان‌درمانی انتخاب‌شده» را به عنوان دلایل ترک زودرس مراجعان مطرح کنند. درحقیقت، اغلب درمانگران دلایل ترک زودرس را بر محور شخص مراجع در نظر می‌گیرند و در نظر گرفتن نقش بارز مراجع در تصمیم وی برای ترک زود هنگام جلسات می‌تواند نوعی مقاومت درمانگران در پذیرش نقش خود در ترک زودرس روان‌درمانی باشد [۱۷]. در این پژوهش براساس سؤالات طراحی‌شده در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تلاش گردید نقش عوامل مؤثر در درمانگران در تصمیم مراجعان برای ترک زودرس جلسات نیز هدف بررسی شود.

روش

طرح پژوهش

روش پژوهشی مطالعه حاضر کیفی و طرح آن تحلیل محتوا^۵ است که با هدف تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره انجام شد. تحلیل محتوا روشی برای تحلیل پیام‌های ارتباطی متنی، شفاهی، صوتی و تصویری است. سندلوسکی^۶، تحلیل محتوا را یکی از روش‌های تجزیه و تحلیل مطالعات کیفی می‌داند که به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر می‌شوند [۲۶].

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش تمامی مشاوران و درمانگران فعال در حوزه سلامت روان بودند. محل اجرای پژوهش شهر بوشهر بود. در این پژوهش تلاش گردید با درمانگرانی مصاحبه شود که تجربه لازم و درکی جامع از پدیده مورد بررسی داشته باشند. بسیاری از افرادی که تحصیلات روانشناسی و روانپزشکی دارند، ارائه روان‌درمانی و مشاوره به مراجعان صرفاً یکی از اهداف کاری‌شان

است؛ اما در پژوهش حاضر درمانگرانی برای حضور در پژوهش انتخاب گردیدند که فعالیت اصلی‌شان ارائه روان‌درمانی و مشاوره به مراجعان بوده است. از این گروه از درمانگران سؤال شد که چه میزان از پدیده ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره اطلاع دارند و آیا در طول فعالیت حرفه‌ای مراجعانی داشته‌اند که اقدام به ترک زود هنگام جلسات کرده باشند؟ در صورت داشتن شناخت کافی از این پدیده و تجربه مراجعانی با ترک زودرس برای حضور در پژوهش انتخاب گردیدند. روش نمونه‌گیری باتوجه هدف پژوهشگران، غیراحتمالی و هدفمند بود و براساس قاعده اشتراوس و کوربین^۷ در مورد تعداد نمونه در پژوهش کیفی، نمونه‌گیری تا زمانی ادامه یافت که محققان به اشباع نظری پیرامون عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره رسیدند [۲۴].

اشباع در بیست و پنجمین مصاحبه اتفاق افتاد و برای اطمینان بیشتر از اشباع شدن اطلاعات اکتسابی شش مصاحبه دیگر نیز صورت گرفت. بنابراین، حجم نمونه پژوهش حاضر ۳۱ نفر درمانگر زن و مرد بود.

ملاک‌های ورود مشاوران و درمانگران برای حضور در پژوهش کیفی عبارت‌اند از: داشتن حداقل سنی ۳۵ سال، مدرک حداقل کارشناسی ارشد در رشته‌های مشاوره یا روانشناسی و داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه فعال کاری در مراکز مشاوره و روان‌درمانی.

معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: پاسخ‌های کوتاه درمانگر به سؤالات طراحی‌شده در زمینه پدیده مورد بررسی، پاسخ‌دهی ناقص درمانگران و بازبینی نکردن مصاحبه‌های ثبت‌شده و داده‌های استخراجی از آن برای تأیید صحت و سقم آن‌ها. باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر به دنبال درک، تحلیل، کاوش و بررسی عمیق علل ترک زودرس مراجعان بودیم؛ درمانگرانی که رغبت چندانی به حضور در پژوهش نداشتند و به اغلب سؤالات پاسخ کوتاه می‌دادند از پژوهش حذف شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^۸

ابزار اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش پدیدارشناسی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است. سؤالات مصاحبه با مطالعه پیشینه نظری و تجربی پژوهش و همچنین، مشورت با متخصصان فعال در زمینه پدیده مورد بررسی تدوین شدند. با مطالعه جامع پیشینه‌های نظری و تجربی درباره ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره و همچنین، گفت‌وگو با متخصصانی که در این حوزه، سابقه پژوهشی، آموزشی و درمانی داشتند سؤالات جامعی با تکیه بر تمامی ابعاد احتمالی تأثیرگذار بر بروز این مشکل طراحی شد

7. Strauss & Courbin

8. The semi-structured interview

5. Content analysis

6. Sandelowski

۵. چه ویژگی‌های شخصیتی در درمانگر موجب می‌شود مراجع تمایلی به ادامه جلسات درمانی نداشته باشد؟

۶. آیا از منظر شما وضعیت تأهل یا مجرد مراجع تأثیری بر تصمیم وی برای ترک زودرس جلسات دارد؟

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌ها در این پژوهش از راهبرد هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شده است. به‌منظور رعایت ویژگی‌های پژوهش‌های کیفی از سه ملاک، قابل قبول بودن، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد. لینکن و گوبا^۹ چهار معیار باورپذیری^{۱۰}، انتقال‌پذیری^{۱۱}، وابستگی^{۱۲} و تأییدپذیری^{۱۳} را برای ارزیابی نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش‌های کیفی در نظر گرفتند.

برای باورپذیری یافته‌های پژوهش حاضر چندین راهبرد استفاده گردید: ۱. داده‌های متنی موجود از مصاحبه‌های انجام گرفته با شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌صورت دقیق و در مدت زمان مطلوبی مورد بررسی قرار گرفت. ۲. پروتکل جمع‌آوری، تحلیل و کدگذاری داده‌ها تدوین گردید. ۳. در فرایند تحلیل، کدگذاری و ارائه داده‌ها شتاب‌زدگی وجود نداشت، داده‌های متنی چندین بار مطالعه شدند و کدهای استخراج‌شده بارها مورد بازبینی قرار گرفت. ۴. در قسمت یافته‌های پژوهش نقل‌قول‌های مستقیم گزارش گردید.

ارائه نقل‌قول‌های مستقیم موجب افزایش باورپذیری و اعتمادپذیری برای مطالعه‌کنندگان پژوهش می‌گردد. در جهت معیار انتقال‌پذیری پژوهش تلاش گردید فرایند توصیف، تفسیر و تحلیل داده‌ها به‌صورت جامع و دقیقی انجام گردد. این فرایندها و تصمیم‌های مربوط به پژوهش به‌طور مستند و واضح در متن مطالعه توضیح داده شد.

سومین معیار ارزیابی نتایج پژوهش‌های کیفی وابستگی است. در جهت رعایت این معیار دو راهبرد به کار گرفته شد: ۱. تلاش گردید از ابتدا تا انتهای کدگذاری از روشی واحد استفاده گردد. ۲. در مطالعه حاضر مراحل انجام پژوهش و شیوه ترکیب، تلفیق و تلخیص داده‌ها به‌صورت دقیق تدوین گردید تا سایر پژوهشگران بتوانند در صورت تمایل پژوهش حاضر را تکرار کنند.

چهارمین معیار ارزیابی یافته‌ها تأییدپذیری بود. برای رعایت این مؤلفه در پژوهش نتایج و یافته‌ها چندین بار مورد بازبینی قرار گرفت تا از انسجام داده‌ها اطمینان حاصل گردد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد.

و مبنای مصاحبه با درمانگران قرار گرفت. ذکر این نکته شایسته است که سؤالات بعد از طراحی اولیه در اختیار استادان راهنما و مشاور قرار گرفت و پس از تأیید نهایی آنان و همچنین، اعمال نظرات و اصلاحات‌شان فرم نهایی مصاحبه طراحی شد. سؤالات مصاحبه صرفاً به‌عنوان الگو طراحی شده است و از ابتدای اجرای پژوهش تصمیم بر انجام مصاحبه‌های کاملاً ساختارمند نبود. هدف مصاحبه‌کننده پرسیدن به‌ترتیب این سؤالات نبوده است. مصاحبه‌شونده در هنگام اجرای مصاحبه علت ترک جلسات را بیان می‌کرد و پاسخ بسیاری از سؤالات به دست می‌آمد. اگر در توضیحات وی پاسخ برخی از سؤالات نبود؛ مصاحبه‌کننده سؤالات مورد نظر را می‌پرسید. گاهی سؤالات جدیدی باتوجه به پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیز از وی پرسیده می‌شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر با استفاده از ملاک‌های ورود پژوهش درمانگران گروه نمونه انتخاب گردیدند. سپس، پژوهشگران توضیحات لازم را در زمینه اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه کردند و ضمن اعتمادسازی رضایت آنان را در زمینه استفاده از ضبط صوت به دست آوردند. در موارد موردنیاز از گفت‌وگوها یادداشت‌برداری نیز صورت گرفت. زمان جمع‌آوری اطلاعات و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش از شهریور ماه سال ۱۴۰۲ تا تیر ماه سال ۱۴۰۳ به طول انجامید. به‌طور میانگین، زمان هر مصاحبه ۶۰ تا ۸۰ دقیقه بود. قبل از شروع فرایند مصاحبه باتوجه به ملاک‌های ورود تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش انتخاب گردیدند. باتوجه به اینکه انجام مصاحبه بالینی به زمان، انرژی و تأمل کافی مصاحبه‌شوندگان نیاز داشت، زمان انجام مصاحبه کاملاً به انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش بود. سؤالات مصاحبه در جهت بررسی عوامل مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان بود. بر همین اساس، مصاحبه ابتدا با سؤال کلی و با کمترین ساختار ممکن شروع گردید (چه عواملی موجب می‌گردد مراجعان جلسات مشاوره یا روان‌درمانی را ادامه ندهند؟) و در ادامه، سایر سؤالات طراحی شده مورد پرسش قرار گرفت.

۱. در حال حاضر در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره با تعداد زیادی مراجع مواجه هستیم که اقدام به ترک زودرس جلسات دارند. فکر می‌کنید چه عواملی از سمت درمانگر موجب می‌گردد مراجع دیگر تمایلی به ادامه جلسات درمانی نداشته باشد؟

۲. در پدیده ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره نقش درمانگر یا مراجع را مهم‌تر در نظر می‌گیرید؟ علت‌های پاسخ خود را نیز بیان کنید.

۳. در چه شرایطی خود شما به‌عنوان درمانگر تصمیم به ترک زودرس جلسات برای مراجع می‌گیرید؟

۴. آیا از منظر شما نوع اختلال مراجع تأثیری در تصمیم وی برای ترک زودرس جلسات دارد؟

9. Lincoln & Guba

10. Credibility

11. Transferability

12. Dependability

13. Confirmability

یافته‌ها

مشاوره فعالیت مستمر داشته است و کمترین سابقه کاری طبق ملاک‌های ورود به پژوهش ۱۰ سال بود. ۴۳۹ کد باز، ۳۴۸۵ بار در طول مصاحبه با آزمودنی‌های پژوهش تکرار گردیدند. عدم دانش و سواد در درمانگر مهم‌ترین کد باز پژوهش حاضر بود که ۹۹ بار در طول پژوهش تکرار گردید. در **جدول شماره ۲**، هر طبقه اصلی همراه با طبقات فرعی مربوط به آن گزارش شده است.

همان‌طور که در **جدول شماره ۲**، مشاهده می‌شود ۴۳۹ کد باز در ۶۰ طبقه فرعی قرار گرفتند. در گام نهایی، طبقات فرعی تجمع گردیده و طبقات اصلی در ساختار نهایی قرار گرفتند. ۹ طبقه اصلی از مجموع مصاحبه‌های عمیق صورت‌گرفته با درمانگران به دست آمد.

اولین مؤلفه اصلی

عدم تخصص و مهارت درمانگر در روان‌درمانی و مشاوره از مهم‌ترین مؤلفه‌های ترک زودرس جلسات روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه درمانگران در نظر گرفته شد که ۹ طبقه فرعی داشت.

اولین طبقه فرعی، عدم تسلط درمانگر بر احساسات، رفتارها و هیجانات منفی خود بود که از ۱۸ کد باز به دست آمده بود و عاملی بسیار تأثیرگذار در ترک زودرس جلسات توسط مراجعان شناخته شد.

برای مثال، مصاحبه‌کننده ۱ بیان کرد: «هیجانات روانشناس مؤثر است. وقتی، من هیجان خشم دارم سخت است در همه ثانیه‌های جلسات مشاوره آن را بروز ندهم.» میزان صحبت درمانگر در طول جلسات دومین طبقه فرعی بود که ۸ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۹ اظهار کرد: «باید، به‌جا و به‌اندازه صحبت کند. پرخرفی درمانگر ممکن است این احساس را در مراجع ایجاد کند که حرف‌های او شنیده نمی‌شود و در مجموع، این رفتار درمانگر گوش دادن فعال را دچار مشکل می‌کند و مراجع فکر می‌کند درمانگر به او اهمیتی نمی‌دهد و برای حضور در جلسات بعدی رغبتی ندارد.»

تمامی مصاحبه‌های ضبط‌شده به‌صورت نوشتاری تدوین و در نرم‌افزار MAXQDA ذخیره گردید. فرایند کدگذاری در پژوهش حاضر باتوجه‌به مسئله و اهداف پژوهش به‌صورت استقرایی صورت گرفت. در روش تحلیل محتوای استقرایی پژوهشگر از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین‌شده اجتناب ورزیده و تلاش می‌کند طبقات و نامشان از درون داده‌های پژوهش بیرون آیند. در این روش شروع گردآوری داده‌ها براساس سؤالات و اهداف پژوهش است. بنابراین پژوهشگر در داده‌ها کاوش عمیق داشته تا به یک درک و آگاهی جدید دست یابد. تحلیل داده‌ها در این روش با خواندن مکرر متن و یافتن یک درک کلی آغاز می‌شود. سپس متون کلمه‌به‌کلمه خوانده می‌شود تا کدها استخراج شوند. این فرایند به‌صورت پیوسته از استخراج کدها تا نام‌گذاری آن‌ها تداوم می‌یابد. پس از آن کدها براساس تفاوت‌ها یا شباهت‌هایشان به داخل طبقات دسته‌بندی می‌شوند. در ساخت مقوله‌های اصلی پژوهش حاضر اصول جامع بودن، مانع بودن، همگنی یا استقلال، عینی بودن، منظم بودن و عمومیت داشتن به‌صورت کامل رعایت گردید. در **جدول شماره ۱**، اطلاعات جمعیت‌شناختی درمانگران پژوهش گزارش گردیده است.

همان‌طور که در **جدول شماره ۱** گزارش شده است، در پژوهش حاضر ۱۷ درمانگر زن (۵۴/۸۴ درصد) و ۱۴ درمانگر مرد (۴۵/۱۶ درصد) مشارکت داشتند. بیشترین و کمترین سن آزمودنی‌های پژوهش به‌ترتیب ۶۲ و ۳۵ به دست آمد. تعداد آزمودنی‌های دارای مدرک دکتری روانشناسی (۳)، دکتری روانشناسی بالینی (۵)، دکتری روانشناسی تربیتی (۱) و دکتری مشاوره (۴) نفر بود. (۱) نفر از مصاحبه‌شوندگان پژوهش حاضر دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، (۲) نفر دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی و (۳) نفر دانشجوی دکتری روانشناسی بودند. (۵) نفر از اعضای نمونه پژوهش، مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، (۴) نفر کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی و (۳) نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی بودند. بیشترین سابقه کاری را درمانگری داشت که ۳۵ سال در حوزه روان‌درمانی و

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شرکت‌کننده	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	حیطه تخصصی	سابقه کاری
۱	مرد	۳۹	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۱ فرزند	زوج‌درمانی	۱۴
۲	مرد	۴۸	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۳ فرزند	اختلالات روانی (افسردگی و اضطراب)	۲۵
۳	زن	۳۵	دکتری مشاوره	مجرد	مشاوره پیش از ازدواج و پیش از طلاق	۱۱
۴	مرد	۶۱	کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی	متاهل دارای ۲ فرزند	اختلالات روانی، مشاوره تحصیلی و پیش از ازدواج	۳۵

شماره کتنده	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	حیطه تخصصی	سابقه کاری
۵	مرد	۳۷	دکتری مشاوره	متاهل دارای ۱ فرزند	مشاوره پیش از ازدواج و زوج‌درمانی	۱۲
۶	زن	۵۰	دکتری روانشناس تربیتی	متاهل دارای ۳ فرزند	مشاوره تحصیلی و مشکلات نوجوانان	۲۲
۷	زن	۴۶	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۵ فرزند	اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت)	۱۵
۸	مرد	۳۸	دکتری روانشناسی بالینی	مجرد	اختلالات وانی و مشاوره پیش از طلاق	۱۰
۹	زن	۳۶	کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی	مجرد	مشاوره کودک و زوج‌درمانی	۱۱
۱۰	مرد	۶۲	دکتری مشاوره	متاهل دارای ۳ فرزند	مشاوره تحصیلی، پیش از ازدواج و پیش از طلاق	۳۴
۱۱	زن	۳۹	دانشجوی دکتری روانشناسی	متاهل بدون فرزند	اختلالات روانی و مشاوره کودک و نوجوان	۱۳
۱۲	زن	۴۰	دکتری روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۱ فرزند	اختلالات روانی و سوءمصرف مواد مخدر	۱۵
۱۳	مرد	۳۴	دکتری روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۳ فرزند	اختلالات روانی	۱۵
۱۴	مرد	۳۶	دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی	متاهل بدون فرزند	مشاوره پیش از ازدواج و سوءمصرف مواد مخدر	۱۰
۱۵	زن	۴۰	کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی	متاهل دارای ۲ فرزند	اختلالات روانی، مشاوره کودک و نوجوان و زوج‌درمانی	۱۳
۱۶	مرد	۳۷	دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی	مجرد	مشاوره کودک، نوجوان، پیش از ازدواج و پیش از طلاق	۱۲
۱۷	زن	۴۱	دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی	متاهل دارای ۳ فرزند	مشاوره تحصیلی	۱۳
۱۸	زن	۵۹	دکتری دانشجوی روانشناسی	متاهل دارای ۴ فرزند	مشاوره تحصیلی، زوج‌درمانی و مشاوره کودک و نوجوان	۲۵
۱۹	مرد	۴۳	دکتری روانشناسی	متاهل دارای ۳ فرزند	زوج‌درمانی	۱۲
۲۰	مرد	۵۵	دانشجوی دکتری روانشناسی	متاهل دارای ۲ فرزند	مشاوره پیش از ازدواج، مشکلات زوجین و مشاوره پیش از طلاق	۱۸
۲۱	زن	۴۰	کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی	مجرد	مشاوره پیش از ازدواج، پیش از طلاق و سوءمصرف مواد مخدر	۱۲
۲۲	زن	۳۹	کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی	متاهل بدون فرزند	مشاوره تحصیلی	۱۳
۲۳	مرد	۴۱	دکتری روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۳ فرزند	مشاوره پیش از ازدواج، مشکلات زوجین و مشاوره پیش از طلاق	۱۰
۲۴	زن	۵۳	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۴ فرزند	اختلالات روانی کودک و نوجوان و زوج‌درمانی	۲۱
۲۵	مرد	۵۵	دکتری روانشناسی بالینی	متاهل دارای ۳ فرزند	اختلالات روانی و زوج‌درمانی	۱۸
۲۶	زن	۴۱	کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی	متاهل دارای ۱ فرزند	مشاوره کودک و نوجوان	۱۴
۲۷	زن	۳۸	دکتری مشاوره	مجرد	مشاوره تحصیلی و پیش از ازدواج	۱۲
۲۸	زن	۳۵	دکتری روانشناسی	متاهل بدون فرزند	مشکلات زوجین	۱۰
۲۹	مرد	۴۳	کارشناسی رشد روانشناسی تربیتی	متاهل دارای ۲ فرزند	مشاوره تحصیلی و مشکلات کودک و نوجوانان	۱۳
۳۰	زن	۳۶	کارشناسی رشد روانشناسی بالینی	متاهل بدون فرزند	اختلالات روانی و سوءمصرف مواد مخدر	۱۰
۳۱	زن	۴۱	دکتری روانشناسی	متاهل دارای ۲ فرزند	اختلالات روانی و مشکلات کودکان	۱۳

جدول ۲. طبقات فرعی و اصلی استخراج‌شده از کدهای باز

طبقه اصلی	طبقات فرعی
عدم تخصص و مهارت درمانگر در روان‌درمانی و مشاوره	عدم تسلط درمانگر بر احساسات، رفتارها و هیجانات منفی خود میزان صحبت درمانگر در طول جلسات عدم رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای روان‌درمانی توسط درمانگر عدم دانش، سواد و تخصص روان‌درمانی در درمانگر نوع رویکرد روان‌درمانی انتخاب‌شده توسط درمانگر عدم همکاری درمانگر با سایر متخصصین سلامت روان عدم ارتباط صحیح و همدلانه درمانگر با مراجع میزان نقش درمانگر و مراجع در ترک زودرس روان‌درمانی مراجعان انتقال متقابل درمانگر
کنش‌های شناختی، انگیزشی، هیجانی و رفتاری مراجع در طول جلسات	باورهای منفی مراجع درباره درمانگر باورهای منفی مراجع در زمینه دریافت مشاوره و روان‌درمانی احساسات و هیجانات ناخوشایند مراجع در طول جلسات عجله داشتن مراجع برای بهبود مقاومت مراجع در طول جلسات عدم انگیزه مراجع حضور اجباری مراجع در جلسات روان‌درمانی تجربه‌های قبلی منفی مراجع از روان‌درمانی فرایند انتقال در مراجع مراجع برای فرایند روان‌درمانی، آمادگی‌های ذهنی، شناختی و رفتاری لازم را ندارد. ناامیدی مراجع از بهبود عدم سواد و دانش مراجع قدرت ذهن در حفظ خاطرات
مؤلفه‌های بیوگرافیک مراجع	نوع مشکل شدت مشکل جنسیت وضعیت تأهل شرایط هوشی
شاخصه‌های محیطی	رواج روانشناسی زرد در جامعه شرایط اقتصادی کشور باورهای منفی بافت فرهنگی کشور در زمینه دریافت مشاوره و روان‌درمانی

طبقه اصلی	طبقات فرعی
شاخصه‌های محیطی	تبلیغات منفی رسانه‌ها
	جایگاه بالاتر مردان در جامعه ایران
	عملکرد نامطلوب سازمان نظام روانشناسی
	عدم توجه دولت به سلامت روان مردم
شاخصه‌های ساختاری جلسات روان‌درمانی و مشاوره	عدم کفایت‌مندی دروس دانشگاهی رشته روانشناسی
	باورهای فرهنگی کشور در زمینه چگونگی روند جلسات روان‌درمانی
	شرایط خانوادگی مراجع
	شرایط سخت زندگی مراجع
الگوهای شخصیتی مراجع	مدت زمان جلسات مشاوره و روان‌درمانی
	شرایط سنی متفاوت درمانگر و مراجع
	هزینه جلسات مشاوره و روان‌درمانی
	اتاق درمانگر
سبک زندگی، شاخصه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر	تفاوت جنسیت مراجع با درمانگر
	هماهنگی جنسیت درمانگر و مراجع
	ارجاع مراجع توسط درمانگر
	ناامیدی درمانگر از بهبود مراجع
مؤلفه‌های بیوگرافیک درمانگر	مؤلفه‌های شخصیتی مراجع
	تأثیر خانواده و نوع تربیت درمانگر
	مشکلات و گرفتاری‌های شخصی زندگی درمانگر
	الگوهای دلبستگی ناایمن درمانگر
داروهای روان‌پزشکی	عدم انرژی و حوصله کافی در درمانگر
	مؤلفه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر
	عدم دریافت روان‌درمانی شخص درمانگر
	جنسیت درمانگر
داروهای روان‌پزشکی	وضعیت تأهل درمانگر
	محل تحصیل و مدرک تحصیلی درمانگر
	وضعیت مالی درمانگر
	عدم دریافت هم‌زمان دارو درمانی
داروهای روان‌پزشکی	عدم تأثیرپذیری سریع داروهای روان‌پزشکی بر مراجع
	توصیه درمانگر به مراجع برای مصرف داروهای روان‌پزشکی

و رابطه درمانی خوبی با مراجع برقرار نمی‌کنند.»

میزان نقش درمانگر و مراجع در ترک زودرس روان‌درمانی مراجعان، هشتمین طبقه فرعی است که از ۲ کد باز شکل گرفته است. مصاحبه‌شونده ۲۹ توضیح داد: «نقش درمانگر مهم‌تر است. به دلیل اینکه، گام اول شکل‌گیری ارتباط درمانی به عهده درمانگر است و توانایی و مهارت درمانگر در شروع جلسات می‌تواند عوامل مربوط به ترک زودرس مراجع را تحت تأثیر قرار دهد.»

آخرین طبقه فرعی این مؤلفه، انتقال متقابل درمانگر بود که ۶ کد باز داشت. در تفسیر بیشتر این عامل مصاحبه‌شونده ۲۲ بیان کرد: «علاقه و نفرت من از مراجع ممکن است پیش‌بینی‌پذیر، ولی، مهم کتمان این حس‌ها و بروز ندادن است. من قبلاً هم به شما گفتم خودم تا به حال ترک جلسات برای مراجعی نردم. ولی، این موردی که شما می‌گویید می‌تواند یکی از علت‌های ترک زودرس درمان توسط روانشناس باشد.»

دومین مؤلفه اصلی

دیگر مؤلفه اصلی که زمینه ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره مراجعان را فراهم کرده بود، کنش‌های شناختی، انگیزشی، هیجانی و رفتاری مراجع در طول جلسات بود که از ۱۳ طبقه فرعی استخراج شده بود.

باورهای منفی مراجع درباره درمانگر اولین طبقه فرعی بود که ۱۱ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۷ در این زمینه بیان کرد: «گاهی اوقات، مراجع به من می‌گوید رفته پیش آقا یا خانم فلانی و حرف‌هایی می‌زد که خانواده‌ام هم به من می‌گویند. به نظرم، نوع کلام، رفتار و طرز برخورد یک روانشناس باید علمی و سنجیده باشد و با عموم مردم تفاوت داشته باشد.»

دومین طبقه فرعی، باورهای منفی مراجع در زمینه دریافت مشاوره و روان‌درمانی بود که ۱۴ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۴ در این زمینه بیان کرد: «باورهایی مثل اینکه، روانشناس‌ها خودشان مشکل دارند، خودشان نیاز به تراپیست دارند و دیوانه‌ها پیش روانشناس‌ها می‌روند؛ وجود دارد که کم‌رنگ شدن‌شان باعث کاهش ترک زودرس و پررنگ شدن‌شان باعث افزایش ترک زودرس می‌شود.»

سومین طبقه فرعی، احساسات و هیجانات ناخوشایند مراجع در طول جلسات بود که ۳ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۹ بیان کرد: «صحبت‌های درمانگر به گونه‌ای است که مراجع احساس گناه دارد و فکر می‌کند خودش مقصر اصلی شرایط زندگی‌اش است.»

چهارمین طبقه فرعی، این مؤلفه عجله داشتن مراجع برای بهبود بود که ۱۳ کد باز داشت. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۸ اظهار کرد: «مراجعان دنبال درمان ۱۰ دقیقه‌ای هستند. دنبال

عدم رعایت اصول اخلاقی و حرف‌های روان‌درمانی توسط درمانگر از عوامل بسیار مؤثر ترک زودرس جلسات توسط مراجعان است که ۱۸ کد باز داشت. برای مثال، در توضیح این عامل مهم مصاحبه‌شونده ۳۱ اظهار کرد: «خیلی از درمانگران معتقد هستند اگر هزینه‌های کمتری بگیرند مراجع بیشتر دارند، درحالی‌که، وقتی هزینه کمی دریافت می‌کنند ارزشمندی وجود مراجع و حرفه‌ای بودن کارشان پیش مراجع زیر سؤال می‌رود و باعث ترک زودرس می‌شود. این درمانگران پایبند اصول حرفه‌ای نیستند و طبق قانون پیش نمی‌روند و ما را هم خراب می‌کنند.»

عدم دانش، سواد و تخصص روان‌درمانی در درمانگر، چهارمین عامل مؤثر در این مؤلفه بود که با ۳۱ کد باز بیشترین میزان کد باز را در پژوهش حاضر داشت.

در توضیح این عامل مصاحبه‌شونده ۷ بیان کرد: «روانشناس باید علم زیادی داشته باشد. با زدن دو حرف انگیزشی که تلاش کن حالت خوب می‌شود؛ کسی بهبود پیدا نمی‌کند. به نظر من، سواد خیلی دارای اهمیت است و علت ترک‌های زود هنگام از سمت روانشناس است. روانشناسان سواد ندارند و حرف‌های عامیانه می‌زنند، مراجعان می‌فهمند و دیگر جلسات را ادامه نمی‌دهند.»

مصاحبه‌شونده ۹ با جملات «من خیلی اعتقادی به حضور روانشناس‌ها و خودم در کارگاه‌های گران قیمت ندارم. به نظرم، این کارگاه‌ها بیشتر جنبه مالی برای آن استاد دارد و خیلی برای ما تأثیر عمیق ندارد. به نظرم، هر روانشناس باید خودش در طول روز ساعتی برای مطالعه و یادداشت‌برداری بگذارد. اگر این فعالیت روتین روزانه‌مان باشد خیلی موفق‌تر هستیم. اما، این کار را خیلی از روانشناس‌ها نمی‌کنند» نیز بر این عامل تأکید داشت.

نوع رویکرد روان‌درمانی انتخاب‌شده توسط درمانگر، پنجمین طبقه فرعی این مؤلفه بود که ۱۳ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۵ توضیح داد: «درمان‌های طولانی ترک بیشتری دارند. الان، دنیای راهکارهای فوری علمی است. مثلاً، رویکرد روانکاوی و گشتالت در ایران جواب نمی‌دهد. درمانگر از این رویکردها استفاده می‌کند و حجم بالایی از مراجعان ترک زودرس دارد.» عدم همکاری درمانگر با سایر متخصصین سلامت روان ششمین طبقه فرعی است که ۲ کد باز دارد.

مصاحبه‌کننده ۲۶ در این باره توضیح داد: «من درمانگر باید حواسم باشد که چه زمان‌هایی مراجع را برای دریافت دارو به پیش روانپزشک بفرستم. وقتی این کار را نمی‌کنم و شدت اختلال هم فاجعه است؛ مراجع درمان را رها می‌کند و دیگر ادامه نمی‌دهد.» عدم ارتباط صحیح و هم‌دلتانه درمانگر با مراجع، هفتمین طبقه فرعی این مؤلفه بود که ۸ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۳ بیان کرد: «خیلی وقت‌ها، درمانگرها در فاز پزشک‌گونه‌ای وارد می‌شوند، احساس می‌کنند پزشک هستند

کمک مفیدی از جانب درمانگر دریافت کند. بدین جهت، مراجع از حضور در جلسه درمان انصراف می‌دهد.»

یازدهمین طبقه فرعی، ناامیدی مراجع از بهبود بود که ۲ کد باز داشت. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۲۴ اظهار کرد: «ناامیدی مراجع نسبت به حل مشکلش در فرایند درمان خدشه وارد کرده و باعث ترک زودرس روان‌درمانی می‌گردد. درواقع، مراجع در جلسات شرکت می‌کند، اما، فکر اصلی او این است که مشکلش حل نمی‌شود.»

عدم سواد و دانش مراجع دوازدهمین طبقه فرعی بود که ۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۲۶ در توضیح این مفاهیم بیان کرد: «تعدادی از مراجعان سواد کافی در زمینه چگونگی درمان مشکلات روانی ندارند. با انتظار تغییرات عمده مراجعه می‌کنند و وقتی می‌بینند که به آرامی این تغییرات پیش می‌آید ممکن است درمان را ادامه ندهند. کاش مردم کشور ما در زمینه نحوه درمان اختلالات روانی دانش کافی داشتند.»

آخرین طبقه فرعی این مؤلفه قدرت ذهن در حفظ خاطرات بود که برگرفته از ۲ کد باز بود. مصاحبه‌شونده ۱۷ بیان کرد: «امروز اگر کسی به شما حرف بدی بزند تا ۱۰۰ سال دیگر هم یادتان است. اما، اگر ۱۰۰ سال دیگر از شما بپرسند: «آن روز غذا چه خورده‌اید؟». اصلاً یادتان نمی‌آید. ذهن خاطرات مثبت و منفی را سفت و محکم نگه می‌دارد و تغییر این خاطرات زمان‌بر است. مراجع درکی به این مسئله ندارد و وقتی من می‌گویم: باید برای درمان افسردگی‌ات ۱۰ جلسه بیایی؛ تحمل ندارد و رها می‌کند.»

سومین مؤلفه اصلی

سومین طبقه اصلی مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره مؤلفه‌های بیوگرافیک مراجع بود که ۵ طبقه فرعی داشت. اولین طبقه فرعی، نوع مشکل مراجع بود که ۴ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۳ بیان کرد: «نوع اختلال خیلی تأثیر دارد. اگر شخصیت دو قطبی باشد؛ درمان سخت است و خود بیمار هم ترک زودرس دارد. فاز مانیا^{۱۴} که باشد و حالش عالی؛ ممکن است دو سه ماه اصلاً در جلسات حاضر نشود و فکر کند حالش خوب است. کسی که اختلال شخصیت دارد و واقعاً تشخیص اختلال را دریافت می‌کند روانشناس و روانپزشک خیلی نمی‌توانند برایش کاری بکنند و احتمال خیلی زیاد ترک زودرس خواهد داشت.»

شدت مشکل مراجع، دومین طبقه فرعی بود که از ۵ کد باز به دست آمده بود. مصاحبه‌شونده ۲۲ توضیح داد: «شدت اختلال در درمان حرف اول را می‌زند. بیماری که شدت اختلالش در سطح خیلی بالا است درمان او کار سختی است و خیلی مهارت نیاز است و در لبه ترک زودرس است.»

باز کردن و شکافتن یک مشکل نیستند. همه چیز دوست دارند در لحظه حل شود و این کار را برای روانشناس سخت می‌کند و ما را در یک موقعیت گیج‌کننده و مایوس‌کننده قرار می‌دهد که چقدر ناتوان هستیم که نمی‌توانیم مشکل را سریع حل کنیم؟»

پنجمین طبقه فرعی، مقاومت مراجع در طول جلسات بود که ۸ کد باز در آن قرار داشت. برای توضیح این طبقه می‌توان از اظهارات مصاحبه‌شونده ۴ استفاده کرد که بیان کرد: «بیماران با اختلال شخصیت و صفت‌های شخصیتی منفی اصلاً روانشناس‌ها را قبول ندارند و خیلی از اوقات، مشکل‌شان را نمی‌پذیرند، دوست ندارند درمان شوند و به همین خاطر، بعد از یکی دو جلسه دلخور می‌شوند و دیگر نمی‌آیند.»

ششمین طبقه فرعی، عدم انگیزه مراجع بود که ۱۱ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۲۵ بیان کرد: «وقتی مراجع انگیزه تغییر ندارد پیش روانشناس هم که برود توصیه‌ها را انجام نمی‌دهد. چون، فکر او این است که شرایط غیرقابل تغییر است و درمان‌دگی آموخته‌شده دارد.»

هفتمین طبقه فرعی، حضور اجباری مراجع در جلسات روان‌درمانی بود که برگرفته از ۴ کد باز بود. مصاحبه‌شونده ۱۸ بیان کرد: «کسی که به زور و اجبار می‌آید انگیزه و انتظارات پایینی دارد. مراجع نوجوان داشته‌ام که پدر و مادرش به او گفته‌اند: «اگر پیش مشاور نروی و حالت خوب نشود؛ باید پشت در بخوابی!» بعد، تصور کنید این مراجع از من خوشش می‌آید و من را قبول می‌کند؟! نه. بیشتر از من بدش می‌آید و خشمگین است.»

هشتمین طبقه فرعی، تجربه‌های قبلی منفی مراجع از روان‌درمانی بود که در این باره مصاحبه‌شونده ۴ توضیح دادند: «مراجع قبلاً تجربه روان‌درمانی داشته است و راضی نبوده است. حالا که پیش من می‌آید خیلی حساس است و همان تجربه قبلی که داشته است را در ذهن مرور می‌کند و نسبت به حرف‌های من حس خوشایندی ندارد.»

نهمین طبقه فرعی، فرایند انتقال در مراجع بود که ۶ کد باز داشت. در توضیح این طبقه مصاحبه‌شونده ۱۱ توضیح داد: «اگر مراجع علاقه‌مند شده باشد که بعید می‌دانم جلسات را ترک کند، اما آن روی سکه حس تنفر است. اگر از درمانگر متنفر باشد، قطعاً یا برای بحث و جدل جلسات را ادامه خواهد داد یا هم خیلی زود ترک خواهد کرد.»

دهمین طبقه فرعی «مراجع برای فرایند روان‌درمانی آمادگی‌های ذهنی، شناختی و رفتاری لازم را ندارد» بود که از ۸ کد باز حاصل شده بود. مصاحبه‌شونده ۱۹ در توضیح بیشتر این طبقه بیان کرد: «گاهی اوقات، مراجع اطلاعات مفید جهت حل مشکل را در اختیار درمانگر قرار نمی‌دهد. بنابراین، نمی‌تواند

14. Mania

چیزی که می‌بینیم با این صحبت من زمین تا آسمان فاصله دارد. قطعاً، باورهای فرهنگی منفی عاملی بسیار مؤثر در ترک زودرس مراجعان است.»

تبلیغات منفی رسانه‌ها چهارمین طبقه فرعی بسیار تأثیرگذار در ترک زودرس مراجعان بود که ۱۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۲ در این باره توضیح داد: «رسانه‌ها تأثیر دارند. در حال حاضر، تقریباً مد شده است که افراد به جای فحش از اصطلاحات و بیماری‌های روانی برای سرزنش هم استفاده می‌کنند. در بعضی از فیلم‌ها، بیماران روانی را در یک شرایط وخیم نشان داده‌اند و همین نمایش‌ها باعث می‌شود مردم اگر مشکلی هم داشته باشند؛ مراجعه نکنند. اگر هم مراجعه کنند؛ آنقدر نگاه‌شان منفی شده است که با کوچک‌ترین انتقاد و تجزیه و تحلیل از سمت درمانگر تحمل نداشته باشند و جلسات را ترک کنند.»

جایگاه بالاتر مردان در جامعه ایران پنجمین طبقه فرعی این مؤلفه است که از ۹ کد باز حاصل شده بود. مصاحبه‌شونده ۲۱ بیان کرد: «مردها در ایران در جایگاه بالاتری قرار دارند و فکر می‌کنند رفتن پیش روانشناس باعث کوچک شدن‌شان می‌شود و باعث می‌شود تحقیر شوند. به نظر من، یکی از مهم‌ترین دلایل ترک زودرس همین باورهای فرهنگی کشورمان است. به خصوص، در شهرهای کوچک»

عملکرد نامطلوب سازمان نظام روانشناسی ششمین عامل بسیار مؤثر در ترک زودرس جلسات روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجعان بود که ۱۱ کد باز داشت. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۱۷ بیان کرد: سازمان نظام روانشناسی به صورت غیرمستقیم ۵۰ درصد مؤثر است. اگر فقر سواد در روانشناس‌ها مدیریت می‌شد؛ اینقدر در مردم نسبت به ما روانشناس‌ها بدبین نبودند. مردم به روانشناسان مراجعه می‌کنند و می‌بینند چیزی یاد ندارند، بدبین می‌شوند و می‌گویند: «هیچ روانشناس خوبی وجود ندارد.»

هفتمین عامل مؤثر در این مؤلفه، عدم توجه دولت به سلامت روان مردم است که ۳ کد باز داشت. در توضیح این عامل مصاحبه‌شونده ۸ بیان کرد: «دولت می‌تواند در تلویزیون و فضای مجازی برای مراجعه مردم به روانشناسان تبلیغ بیشتری کند تا سطح سلامت روان مردم بالاتر رود. دولت می‌تواند تورم را کاهش دهد تا مردم درگیر مشکلات اقتصادی نباشند و سطح سلامت روانشان افزایش یابد. دولت می‌تواند خدمات روان‌درمانی و مشاوره را رایگان کند و هزینه جلسات را به ما بدهد.»

عدم کفایت‌مندی دروس دانشگاهی رشته روانشناسی هشتمین عامل مشخص‌شده در این مؤلفه اصلی بود که از ۲ کد باز به دست آمده بود. مصاحبه‌شونده ۶ در این باره بیان کرد: «از طرف دیگر، دروس دانشگاهی در رشته روانشناسی و مشاوره کفایت لازم را برای یک فارغ‌التحصیل این رشته‌ها فراهم نمی‌کند تا با اعتمادبه‌نفس در این زمینه مشغول به کار شوند و یک

جنسیت مراجع، سومین طبقه فرعی این مؤلفه بود که استخراج‌شده از ۱۸ کد باز بود. برای مثال، در توضیح این طبقه مصاحبه‌شونده ۱۹ بیان کرد: «در بحث زوج‌درمانی در ایران چندان موفق نیستیم. چون، مردها همکاری خوبی ندارند. نمی‌آیند. وقتی هم می‌آیند؛ ظاهر طلب‌کارانه و عصبی دارند.»

چهارمین طبقه فرعی این مؤلفه، وضعیت تأهل مراجع بود که از ۸ کد باز حاصل شده بود. مصاحبه‌شونده ۲۹ توضیح داد: «به نظرم، متأهل‌ها انگیزه پایین‌تری دارند و زودتر جلسات را رها می‌کنند.»

پنجمین طبقه فرعی، شرایط هوشی مراجع بود که ۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۲ در توضیح این طبقه بیان کرد: «عدم توانایی در انجام تکالیف تعیین‌شده به دلیل تنبلی و بی‌حوصلگی و پایین بودن بهره هوشی مراجع نیز گاهی مانعی در همکاری با درمانگر است.»

چهارمین مؤلفه اصلی

چهارمین مؤلفه اصلی ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره شاخصه‌های محیطی بود که ۱۱ طبقه فرعی داشت. اولین طبقه فرعی آن رواج روانشناسی زرد در جامعه بود که از ۱۱ کد باز به دست آمده بود. مصاحبه‌شونده ۱ در این باره بیان کرد: «روانشناسی زرد مبتنی بر راهکار و راه‌حل است و برای هر مشکلی راه‌حلی ارائه می‌دهد. در صورتی‌که، مسائل عمیق و ریشه‌ای از طریق راهکارمحور حل نمی‌شوند و به جلسات طولانی و متعدد نیاز دارند. روانشناسی زرد انتظار مراجع از درمان و مشاوره را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مراجع به دنبال پاسخ گرفتن سریع خواهد بود که این انتظار در درمان واقعی اتفاق نمی‌افتد و به ترک زودرس درمان منجر می‌شود.»

شرایط اقتصادی کشور دومین طبقه فرعی بود که ۷ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۶ در این باره بیان کرد: «فکر می‌کنم مشکلات اقتصادی هم خیلی تأثیر داشته باشد. بین مشکلات اقتصادی و حل مشکلات روانی مردم مجبورند گزینه اول را انتخاب کنند. هر چقدر هم برای درمان یک بیمار افسرده وقت بگذارم و از بهترین روان‌درمانی‌ها استفاده کنم، اگر مشکل مالی داشته باشد؛ درمان من اثرش را از دست خواهد داد. نظرم این است که در مجموع، روانشناسی برای کشورهای با رفاه و توسعه سطح بالا کاربرد دارد.»

باورهای منفی بافت فرهنگی کشور در زمینه دریافت مشاوره و روان‌درمانی سومین طبقه فرعی بود که از ۱۷ کد باز شکل گرفته بود. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۱۳ بیان کرد: «اگر به بیماری‌های روانی به اندازه بیماری‌های جسمی توجه شود و محل مسخره کردن آدم‌ها نباشد؛ قطعاً، روان‌درمانی در کشور ما جایگاه نخست توجه مردم را به دست خواهد آورد، اما آن

کرد که بیان کرد: «بعضی از مردم، درمانگر با سن کم را قبول ندارند و فکر می‌کنند تجربه خاصی از زندگی و مشکلات آنان ندارد و به همین دلیل، اگر درمانگرشان جوان باشد؛ نگاه منفی پیدا می‌کنند و نسبت به صحبت‌هایش گارد دارند و همین باعث می‌شود دیگر در جلسات مشاوره شرکت نکنند.»

-سومین طبقه فرعی هزینه جلسات مشاوره و روان‌درمانی بود که ۶ کد باز داشت. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۱۰ توضیح داد: «هزینه جلسات که به نظر من کم است و باتوجه به انرژی و وقتی که روانشناس می‌گذارد باید بیشتر هم باشد. اما بالاخره، باتوجه به باورهای فرهنگی مردم از نظر خیلی‌ها زیاد است. درواقع، تعداد زیادی از افراد حاضرند ده‌ها برابر این هزینه را خرج چیزهای دیگری کنند. اما، برای درمان روانشناختی؟... نه! قطعاً، تأثیر می‌گذارد این نوع فکرها درباره هزینه جلسات و می‌تواند دلیل عدم ادامه دادن جلسات شود.»

-اتاق درمانگر چهارمین عامل مؤثر در این مؤلفه در ترک زودرس جلسات توسط مراجعان شناخته شد که فقط ۱ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۳۰ در این باره توضیح داد: «عدم رعایت اصول حرفه‌ای مهم است. مثلاً، چیدمان کلینیک‌شان شبیه هر چیزی هست جز دفتر روانشناسی!»

-تفاوت جنسیت مراجع با درمانگر از عوامل مؤثر در ترک زودرس جلسات توسط مراجعان شناخته شد که در پژوهش حاضر ۶ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۸ اظهار کرد: «به نظر من، ناهماهنگی جنسیت مراجع و درمانگر می‌تواند باعث ترک زودرس شود. دنیای من زن را یک مرد نمی‌تواند درک کند و برعکس آن، دنیای یک مرد را من زن نمی‌توانم درک کنم. من، مراجع مرد که نخواست من را قبول کند و به من و علمم احترام بگذارد زیاد دیده‌ام.»

-تعدادی از مصاحبه‌شوندگان نظر متفاوتی داشتند و بر این عقیده بودند که هماهنگی جنسیت درمانگر و مراجع می‌تواند از عوامل مؤثر در ترک زودرس جلسات توسط مراجعان باشد. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۲۳ بیان کرد: «به نظر من، هماهنگی جنسیت نتیجه خوبی ندارد. به خصوص، در زوج‌درمانی. بهتر است من مراجع مرد با روانشناس خانم حرف بزنم. چرا؟ چون، شاید اطلاعاتی از رفتار همسر من به من بدهد و باعث شود من تغییری داشته باشم. به نظر من، یکی از دلایل ترک زودرس می‌تواند هماهنگی جنسیت روانشناس با مراجع باشد.»

-ارجاع مراجع توسط درمانگر می‌تواند در تصمیم مراجعان برای ترک زودرس جلسات مؤثر باشد که در پژوهش حاضر ۲ کد باز داشت. در توضیح این عامل مصاحبه‌شونده ۲۴ بیان کرد: «من طبق تجربه خودم وقتی می‌بینم مراجع نسبت به من گارد منفی دارد و هرچه می‌گویم رد می‌کند؛ احساس می‌کنم درگیر انتقال شده است و می‌گویم بهتر است جلسات را با کسی دیگر

دانشجوی روانشناسی بعد از فارغ‌التحصیلی باید با صرف هزینه‌های گزاف به دنبال یادگیری مدل‌ها و پروتکل‌های درمانی باشد. اگر سازمان نظام روانشناسی با کمک اساتید فن، کارگاه‌ها و دوره‌های رایگان برای روانشناسان و مشاوران برگزار می‌کرد تا خلأهای ناشی از ضعف دوره دانشگاهی جبران شود بهتر می‌شد. بدین ترتیب، درمانگرانی باتجربه و متبحر وارد جامعه می‌شدند و مراجعان راضی از خدمات می‌بودند و احتمال ترک زودرس جلسات به حداقل می‌رسید.»

-باورهای فرهنگی کشور در زمینه چگونگی روند جلسات روان‌درمانی نهمین عامل مؤثر در ترک زودرس مراجعان شناخته شد که از ۶ کد باز به دست آمده بود. مصاحبه‌شونده ۱۹ در این باره بیان کرد: «خود انتظارات در کشور ما تحت تأثیر باورهای فرهنگی است. مردم در کشور ما به بیماری روانی بی‌توجه هستند یا وقتی هم که توجه می‌کنند دوست دارند سریع با یکی دو جلسه درمان شوند و همین می‌شود انتظارات بالا داشتن. وقتی در جلسات حضور دارند فکرشان همین است و باعث می‌شود جلسات را ترک کنند.»

-شرایط خانوادگی مراجع دهمین طبقه فرعی با ۱۴ کد باز است. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۲۸ بیان کرد: «خانواده همه چیز است. اگر خانواده نقش حمایت‌کننده داشته باشد خوب است. اگر رفتن عضوهای به جلسات مشاوره را دست‌آویز توهین و سرزنش کنند؛ نقش پر رنگی در ترک زودرس دارند. اگر خانواده به فرد انگیزه و امید برای بهبود ندهد؛ شرایط برای ما خیلی سخت می‌شود. چون، مراجع هفته‌ای یکی دو بار آن هم در مدت زمان کم ما را می‌بیند و خانواده‌اش را ۲۴ ساعت شبانه‌روزی»

-آخرین طبقه فرعی شرایط سخت زندگی مراجع بود که ۷ کد باز داشت. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۲۳ در توضیح این عامل بیان کرد: «گاهی مراجعین به دلیل شاغل بودن و داشتن وقت محدودتر و به نیت جلوگیری از پرداخت بیشتر هزینه درمان در ختم جلسات درمان تعجیل می‌کنند.»

پنجمین مؤلفه اصلی

-شاخصه‌های ساختاری جلسات روان‌درمانی و مشاوره پنجمین مؤلفه اصلی تأثیرگذار از دیدگاه درمانگران در ترک زودرس جلسات روان‌درمانی شناخته شد که دربرگیرنده ۸ طبقه فرعی بود.

-اولین طبقه فرعی مدت‌زمان جلسات مشاوره و روان‌درمانی بود که ۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۱۱ در توضیح این عامل اظهار کرد: «مدت‌زمان طولانی یا خیلی کم و با عجله جلسات هر دو ریسک ترک زودرس را بسیار افزایش می‌دهند.»

-شرایط سنی متفاوت درمانگر و مراجع دومین عامل مؤثر در این مؤلفه بود که ۵ کد باز داشت. در تفسیر بیشتر این عامل می‌توان از گفت‌وگوی شکل‌گرفته با مصاحبه‌کننده ۲۵ استفاده

ادامه دهد.»

تأثیر دارد.»

-الگوهای دلبستگی نایمن درمانگر سومین طبقه فرعی این مؤلفه بود که ۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۳۰ در این باره توضیح داد: «الگوی دلبستگی نایمن یعنی، کسی که یا خیلی خشن است و جهان را مقصر همه چیز می‌داند یا هم خیلی وابسته است و در روابطی که دارد خودش را دست کم می‌گیرد و اعتمادبه‌نفس ندارد. روانشناس با این الگوهای دلبستگی یعنی شکست فرایند روان‌درمانی مراجعان، فرایند روان‌درمانی با مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر بگوییم تأثیری ندارد؛ نگاه آرمان‌گرایانه و غیرمنطقی داریم.»

-چهارمین طبقه فرعی، عدم انرژی و حوصله کافی در درمانگر بود. مصاحبه‌شونده ۱۵ بیان کرد: «وقتی درمانگر سرد و بی‌حوصله است، در جلسات انرژی کافی ندارد و مراجعان زرتنگ هستند زود می‌گیرند.»

-مؤلفه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر پنجمین عامل اساسی ترک زودرس در این مؤلفه است که از جمع‌بندی و تلخیص ۲۸ کد باز به دست آمده است. در توضیح این عامل از گفت‌وگوی شکل‌گرفته با مصاحبه‌شونده ۳ استفاده می‌شود. ایشان بیان کردند: «اعتمادبه‌نفس بالا داشتن درمانگر در اوج بی‌سوادی، احساس غرور و خودبرتربینی وی می‌تواند کل فرایند روان‌درمانی را نابود کند.» مصاحبه‌شونده ۱۶ با جملات «متواضع نیستند. فکر می‌کنند خودشان زندگی نرمال‌تری دارند و افرادی که به آن‌ها مراجعه می‌کنند شعور لازم ندارند. اگر این تصور در حد ذهنی باشد؛ شاید، خیلی به جلسات درمان صدمه نزد. اما، متأسفانه این فکر را در نحوه صحبت کردن با مراجع هم نشان می‌دهند. مثلاً، با لحن خشن شروع به ایراد گرفتن از مراجع و سرزنش می‌کنند» نیز بر این عامل تأکید داشت.

-عدم دریافت روان‌درمانی شخص درمانگر آخرین طبقه این مؤلفه بود که ۲ کد باز داشت. مصاحبه‌شونده ۲۱ در این باره بیان داشت: «به نظر من، درست می‌گویند. گرفتن درمان خود درمانگر توسط یک متخصص خبره روانشناسی خیلی ضروری است. وقتی من خودم کلی مشکل روانی دارم؛ درمانگر خوبی هم نمی‌شوم و وقتی مراجع به سمت من می‌آید عایدی نخواهد داشت و اقدام به ترک جلسات خواهد کرد.»

هشتمین مؤلفه اصلی

مؤلفه‌های بیوگرافیک درمانگر هشتمین مؤلفه اصلی مؤثر از دیدگاه درمانگران در ترک زودرس جلسات بود که از ۴ طبقه فرعی به دست آمده بود.

-جنسیت درمانگر اولین عامل این مؤلفه است که ۳ کد باز دارد. مصاحبه‌شونده ۱۷ در این باره اظهار کرد: «اگر باور مراجع بر این باشد که درمانگر زن است و من را درک نمی‌کند یا مرد

-نامیدی درمانگر از بهبود مراجع، آخرین طبقه فرعی مشخص‌شده در این مؤلفه اصلی است که از ۲ کد باز تشکیل شده است. مصاحبه‌شونده ۱۶ توضیح داد: «متأسفانه، مراجع با ترک زود هنگام زیاد داریم. یک جاهایی، مقصر خود مشاور است. توان مدیریت جلسات و ایجاد یک رابطه خوب با مراجع را ندارد. مثلاً، در حوزه نوجوانان همیشه می‌گوییم: آدم باید صبر ایوب داشته باشد و تعامل با نوجوانان خیلی سخت است. دیدم در همکارانم که گاهی به شدت عصبانی می‌شوند و دلشان نمی‌خواهد دیگر آن نوجوان را ببینند و فکر می‌کنند حرف حالیش نمی‌شود و خودشان به مراجع می‌گویند دیگر نیا!»

نهمین مؤلفه اصلی

-الگوهای شخصیتی مراجع ششمین مؤلفه اصلی مؤثر در ترک زودرس جلسات توسط مراجعان بود که یک طبقه فرعی با عنوان «مؤلفه‌های شخصیتی مراجع» داشت. این طبقه از ۱۵ کد باز تلخیص شده بود. برای توضیح این عامل از گفت‌وگوی شکل‌گرفته با مصاحبه‌شونده ۶ استفاده می‌گردد. ایشان بیان کردند: «مراجع دوست دارد چیزی را بشنود که خودش می‌خواهد. این مورد را خیلی زیاد دیده‌ام. خودمحورند و فکر می‌کنند مشاور باید فقط از او تعریف کند. مشاور این کار را نمی‌کند و او هم دیگر جلسات را ادامه نمی‌دهد.»

دهمین مؤلفه اصلی

-سبک زندگی، شاخصه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر هفتمین مؤلفه اصلی ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه درمانگران است. این مؤلفه دربرگیرنده شش طبقه فرعی است.

-اولین طبقه فرعی، تأثیر خانواده و نوع تربیت درمانگر بود که از دو کد باز شکل گرفته بود. مصاحبه‌شونده ۱۴ توضیح داد: «به نظر من، خیلی مهم است که درمانگر خودش در چه شرایطی بزرگ شده و تربیت شده است و این مسائل بر روی نحوه مشاوره دادن او تأثیر می‌گذارد. مثال می‌زنم، درمانگری که مادری سخت‌گیر و بسیار تنبیه‌کننده داشته و به اصطلاح الگوی دلبستگی نایمن داشته؛ معلوم است نسبت به مراجع هم خیلی سخت‌گیر است و منفی فکر می‌کند.»

-مشکلات و گرفتاری‌های شخصی زندگی درمانگر دومین طبقه فرعی است که از شش کد باز به دست آمده است. مصاحبه‌شونده ۷ در توضیح این عامل بیان کرد: «به نظر من، تا من مشکلات خودم را حل نکنم؛ نمی‌توانم درمانگر خوبی باشم. ببینید! غیرمستقیم تأثیرگذار است. من خودم حسودم، خجالتی‌ام و پر از خشمم و این احساساتم درمان نشده و بعد، دیگران را روان‌درمانی می‌کنم. در جلسات تأثیر نمی‌گذارد! ۱۰۰ درصد

درواقع، اعتقادی به روانپزشک ندارند. این مسئله باعث می‌شود بیمار حس کند بهبود آنچنانی ندارد و بهتر است دیگر نیاید.»

مصاحبه‌شونده ۴ با طبقه اول، جملات «یک زمانی، مراجع را پیش روانپزشک می‌فرستم. روانپزشک دارو می‌دهد. شما خودتان می‌دانید اثرات مصرف داروی روانپزشکی بعد دو سه هفته از مصرف شروع می‌شود و مراجع فکر می‌کند داروها هم در بهبود شرایط وی تأثیری نداشته است. به این ترتیب، از من و روانپزشک دلخور می‌شود و دیگر جلسات را ادامه نمی‌دهد.»

مصاحبه‌شونده ۱۷ با دومین طبقه و جملات «ببین، یک جاهایی دارو خوب است. مثلاً، وقتی فرد افسردگی حاد دارد. اما، یک جاهایی ضررش بیشتر است. مثلاً، وقتی فرد یک اضطراب محدود دارد. در این شرایط اگر درمانگر اصرار به دریافت دارودرمانی برای مراجع داشته باشد؛ مراجع گارد شدیدی می‌گیرد و درمان را رها می‌کند.» مصاحبه‌شونده ۱۱ با آخرین طبقه این مؤلفه ارتباط دارد.

بحث

خاتمه پیش از موعد یا ترک زودرس جلسات مشاوره و روان‌درمانی قبل از تکمیل یک دوره درمانی مانعی فراگیر برای اثربخشی خدمات مشاوره و روان‌درمانی است. ترک زودرس مشاوره و روان‌درمانی تقریباً در تمام مراکز درمانی، مانند مراکز بهداشت روان، کلینیک‌های روانپزشکی بیمارستان، مطب‌های خصوصی، مراکز آموزشی دانشگاه‌ها، کلینیک‌ها و مراکز مشاوره دانشگاه‌ها اتفاق می‌افتد. این پدیده در انواع رویکردهای روانشناسی همچون، روان‌پویایی، انسانی، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی که به روش‌های متفاوت فردی، گروهی و زوجی اجرا می‌گردد مشاهده می‌شود [۶].

در پژوهش حاضر از دیدگاه درمانگران فعال در حوزه روان‌درمانی و مشاوره به بررسی عوامل مؤثر در ترک زودرس توسط مراجعان پرداخته شد. تعداد پژوهش‌های کیفی بسیار اندکی در این زمینه انجام شده است. باتوجه‌به اینکه پژوهش‌های کیفی عمق و جامعیت بیشتری دارند در این پژوهش از این شیوه آماری استفاده گردید.

«کنش‌های شناختی، انگیزشی، هیجانی و رفتاری مراجع در طول جلسات یکی از عوامل مهم در بروز ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره شناخته شد. در راستای شناخت و بررسی این مؤلفه پیشینه پژوهشی مورد کاوش قرار گرفت. نتایج مطالعات مختلف نشان داد مراجعانی که اقدام به ترک زودرس دارند دارای ویژگی‌هایی همچون، تمایل کمتر برای شروع روان‌درمانی، تفاوت نگرش‌ها با درمانگر در طول جلسات، بینش کمتر، ذهنیت‌روانی پایین‌تر، سطوح پایین‌تر اتحاد درمانی، استفاده مکرر از دفاع‌های نابالغانه به‌ویژه دفاع‌های خودشیفته، پویایی کمتر و مشارکت پایین‌تر با درمانگر در اکتشاف مشکلات بودند [۴].

است و متوجه مشکل من نیست می‌تواند مؤثر باشد. پس درواقع، باور مراجع درباره جنسیت درمانگر تأثیر دارد.»

دومین طبقه فرعی، وضعیت تأهل درمانگر با ۳ کد باز است. در توضیح این عامل مصاحبه‌شونده ۵ بیان کرد: «به نظرم، مجرد بودن درمانگر گاهی علت ترک زودرس است. به‌خصوص، در مورد مراجعانی که متأهل هستند. دنیای مجردی یک درمانگر نمی‌تواند دنیای یک زن یا آقای متأهل را درک کند.»

محل تحصیل و مدرک تحصیلی درمانگر از دیگر عوامل مهم در ترک زودرس جلسات روان‌درمانی توسط مراجعان شناخته شد که در پژوهش حاضر با ۶ مفهوم کدگذاری شده است. برای مثال، مصاحبه‌شونده ۸ اظهار کرد: «محل تحصیل و میزان تحصیلات با تأثیرگذاری بر دانش نظری درمانگر و تعهد کاری می‌تواند مؤثر باشد. این طور بگویم که به نظرم، اکثر افرادی که از دانشگاه‌های خوب مدارک بالایی تحصیلی دارند نسبت به شغل خود متعهدتر هستند. سعی در به‌روزرسانی دانش خود و تلاش بیشتری برای درمانگر بهتری بودن دارند. این ویژگی‌ها از فارغ‌التحصیلان سایر دانشگاه‌ها غیرممکن نیست. اما، خیلی کمتر به چشم می‌خورد.»

وضعیت مالی درمانگر آخرین طبقه فرعی این مؤلفه اصلی است که از ۵ کد باز تلخیص شده است. برای مثال، در توضیح تأثیر وضعیت مالی درمانگر بر ترک زودرس مراجعان مصاحبه‌شونده ۲۰ بیان کرد: «اوضاع مالی خیلی بالا هم ممکن است باعث شود روانشناس مراجع را دست کم بگیرد و یا توجه خوبی به او نداشته باشد. اوضاع مالی هم باید، مانند ویژگی‌های شخصیتی مدیریت شود.» مصاحبه‌شونده ۲۳ نیز با جملات «به نظر من، تأثیر می‌گذارد. وضعیت مالی پایین روانشناس زنگ خطر است. وقتی در ذهنت هزار دغدغه مالی داری چطوری می‌توانی این دغدغه‌ها را مدیریت کنی و در جلسه نشان ندهی!» به این عامل اشاره کرد.

نهمین مؤلفه اصلی

آخرین مؤلفه اساسی شناخته‌شده در پژوهش حاضر داروهای روانپزشکی بود که سه طبقه فرعی با عناوین «عدم دریافت هم‌زمان دارودرمانی»، «عدم تأثیرپذیری سریع داروهای روانپزشکی بر مراجع» و «توصیه درمانگر به مراجع برای مصرف داروهای روانپزشکی» داشت. جملات «خیلی تأثیرگذار است. بیمار با اختلال افسردگی شدید یا فردی که اختلال شخصیت پارانویید دارد؛ من روانشناس چه می‌توانم انجام دهم؟! من اعتقاد دارم همه روانشناس‌ها در سطح کشور اگر سواد مقبول داشته باشند، می‌توانند اختلالات با درجه شدت پایین را درمان کنند و درمان اختلالات شدید حتماً به دارو نیاز دارد. وقتی درمانگر منطقی نیست و مراجع با شرایط حاد را به روانپزشک ارجاع نمی‌دهد؛ مراجع می‌بیند آنچنان بهبودی برای او پیش نیامده و به همین دلیل، دیگر ادامه نمی‌دهد. بعضی از مشاوران، متوجه وخامت اوضاع نیستند و همین طور جلسات را ادامه می‌دهند.

مراجع کدگذاری شد. در جهت شناخت اساسی‌تر این مقوله و تأثیر آن در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره پیشینه پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. شدت اختلال مراجع از عوامل مؤثر در ترک زودرس از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان بود. شواهد مطالعات نشان می‌دهد شدت علائم مراجع قبل از شروع درمان نتایج روان‌درمانی را پیش‌بینی می‌کند. شدت علائم بالا در توانایی مراجع برای مشارکت مؤثر در روان‌درمانی اختلال ایجاد می‌کند [۲].

در پژوهشی مشخص گردید نتایج دریافتی مراجع با اختلال افسردگی خفیف با مراجع با اختلال افسردگی شدید متفاوت است [۳۱]. شرایط هوشی مراجع یکی از عوامل مؤثر در ترک زودرس بود. در بعضی از پژوهش‌ها، تحصیلات پایین از عوامل قوی در ترک زودرس شناخته شده است [۳۲]. یافته‌های پژوهشی نشان داد برای کسب نتایج بهتر از روان‌درمانی و مشاوره، مراجعان باید حداقل تحصیلات دانشگاهی داشته باشند. مراجعانی که تحصیلات پایینی دارند توانایی درک خیلی از رویکردها، تکنیک‌ها و شرایط درمان را ندارند [۲۳]. اما در برخی تحقیقات، هیچ رابطه‌ای بین سطح تحصیلات و ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره وجود ندارد [۳۳، ۳۴].

در پژوهش حاضر، جنسیت مراجع یکی از عوامل مؤثر در پیش‌بینی ترک زودرس به دست آمد. در زمینه رابطه بین جنسیت مراجع با ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره یافته‌ها متناقض است [۷]. اغلب تحقیقات هیچ رابطه‌ای بین جنسیت و ترک زودرس پیدا نکردند [۳۴، ۷]. باین حال، یافته‌های مطالعاتی مشخص کرد زنان در روان‌درمانی‌های فردی یا گروهی بیشتر از مردان اقدام به ترک زودرس دارند [۳۰]. در پژوهش دیگری در یک مرکز مشاوره دانشگاه، زنان با سطوح بالاتری از علائم ناراحتی احتمال اقدام به ترک زودرس بیشتری نسبت به مردان داشتند [۳۵]. اما نتایج حاصل از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلالات اضطرابی [۳۶] و اختلالات خلقی [۳۷] نشان می‌دهد زنان بیشتر از مردان در فرایند روان‌درمانی باقی می‌مانند و مردان با احتمال بیشتری اقدام به ترک زودهنگام داشتند. در پژوهش حاضر نوع اختلال مراجع از عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس شناخته شد.

یافته‌های مطالعاتی نشان داد مراجعین با اختلالات افسردگی ۳ برابر بیشتر از سایر اختلالات احتمال اقدام به ترک زودرس تا قبل از جلسه ششم فرایند مشاوره و روان‌درمانی را دارند [۲۳]. در پژوهش دیگری مشخص گردید مراجعانی که سوءمصرف مواد مخدر یا اسکیزوفرنی دارند اقدام به ترک زودرس در آنان بالاتر است [۳۸]. پژوهش گدارد و همکاران در یک محیط مراقبت اولیه در انگلستان نشان داد اختلالات شخصیت موجب عدم بهبودی مراجعان و احتمال بیشتر ترک زودرس می‌شود [۳۹].

در پژوهش دیگری، مراجعان با ترک زودرس اظهار کردند در طول جلسات زمان کافی برای توضیح دادن مشکلات‌شان نداشتند، ترس از داشتن رابطه نزدیک با درمانگر داشتند، تجربه و دانش جدیدی از سمت درمانگر برای حل مشکل دریافت نکردند، درمانگر را فردی با شخصیت انفعالی و بی‌حوصله دیدند و همکاری متقابلی بین خود و درمانگر احساس نکردند [۲۷]. باورهای منفی مراجعان در زمینه دریافت مشاوره و روان‌درمانی یکی از مهم‌ترین متغیرها در این طبقه بود. نتایج مطالعات نشان داده است ادراک مراجع از سلامت روان و بیماری‌های روانی بر موفقیت و یا عدم موفقیت روان‌درمانی تأثیر می‌گذارد [۷].

گاهی اوقات، مراجع برای فرایند روان‌درمانی آمادگی‌های ذهنی، شناختی و رفتاری لازم را ندارد و این عامل موجبات ترک زودرس را فراهم می‌کند. این مؤلفه دربرگیرنده عوامل زیادی است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود. هدف مشترک هر تعامل درمانی ایجاد تغییر است. سؤالاتی در این زمینه مطرح می‌شود: اگر مراجع برای تغییر آماده نباشد و درمانگر ناآمادگی مراجع را ببیند چه می‌شود؟ آیا شکست درمانگر در افزایش سطح آمادگی مراجع برای تغییر پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس خواهد بود؟ [۱].

ذهنیت روانشناختی یکی دیگر از عوامل مؤثر بر مشارکت در درمان است و بر ترک زودرس تأثیر دارد. منظور از ذهنیت روانشناختی، توانایی مراجع در تشخیص مشکل و علل احتمالی آن است. گاهی اوقات، مراجع هیچ نقشی برای خود در بروز اختلال و مشکل پیش‌آمده در نظر نمی‌گیرد و بر این اعتقاد است که دیگران باعث مشکل شده‌اند. این گونه از مراجعان، مقاومت بسیار شدیدی در پذیرش مشکلات‌شان داشته و اقدام به ترک زودرس در آنان بالا است [۴]. اولویت مراجع برای درمان و تغییر شرایط بسیار اهمیت دارد. گاهی مراجع در فرایند درمان حضور دارد، اما ایجاد تغییر در سبک زندگی، باورها و رفتارها برای وی اهمیتی ندارد. همین امر می‌تواند زمینه‌ای قدرتمند برای ترک زودرس جلسات فراهم کند [۲۸].

بعضی از مراجعان، ظرفیت روانشناختی لازم برای حضور در جلسات مشاوره را نداشته، در فرایند روان‌درمانی فعال نیستند و تحمل تفسیر و نتیجه‌گیری‌های درمانگر را ندارند و این موارد می‌توانند زنگ خطری بزرگ برای اقدام به ترک زودهنگام جلسات توسط وی باشند [۲۹]. در بررسی باکلند و لوندوال، افرادی که ترک زودرس داشته‌اند ذهنیت روانشناختی پایینی داشتند، بیشتر حالت تدافعی داشته و تمایل کمتری به افشای خود داشتند. عدم آمادگی مراجعان برای تغییر و نداشتن ظرفیت بینش (مراجع نداند مبتلا به یک بیماری یا مشکل است) از متغیرهای مهم در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره است [۳۰].

ویژگی‌های بیوگرافیک مراجع یکی از طبقه اصلی شناسایی شده بود که با پنج مفهوم نوع مشکل، شدت مشکل مراجع، جنسیت مراجع، وضعیت تأهل مراجع و شرایط هوشی

از دیدگاه درمانگران پژوهش حاضر عوامل محیطی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مؤثر در ترک زودرس است. محدودیت‌های بیرونی فیزیکی موجود در محیط به صورت ناآگاهانه ظرفیت مراجعه‌کننده را برای ادامه درمان مختل می‌کنند [۳، ۱۴]. عوامل محیطی در دسته متغیرهای بیرونی مؤثر در ترک زودرس قرار می‌گیرند. درمانگران نقش گسترده عوامل محیطی در ترک زودرس را ناچیز در نظر می‌گیرند [۲۳]. اگرچه، بسیار حائز اهمیت است. لامبرت و بارلی، پس از مرور جامع پیشینه پژوهشی چهار عامل مؤثر بر نتیجه روان‌درمانی را توصیف کردند: اثرات انتظار، عوامل محیطی، تکنیک‌ها و فاکتورهای ارتباط درمانی [۴۰]. بخش بزرگی از واریانس نتایج روان‌درمانی تحت تأثیر عوامل خارج از درمان است. لامبرت و بارلی دریافتند رویدادهایی که خارج از روان‌درمانی رخ می‌دهند می‌توانند تا ۴۰ درصد از واریانس در نتایج روان‌درمانی را دربر گیرند [۴۰].

یکی از مهم‌ترین عوامل محیطی مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره حمایت اجتماعی ضعیف مراجع است [۳]. داشتن حمایت و فشار قوی از سوی خانواده و اطرافیان باعث می‌شود مراجع برای دریافت مشاوره انگیزه پیدا کند، درحالی‌که، خانواده و نزدیکان غیرحامی ممکن است فرد را از جست‌وجوی مشاوره درمانی منصرف کند. حمایت اجتماعی عاملی بسیار مؤثر در استفاده فرد از خدمات بهداشتی و درمانی شناخته شده است [۴۱].

فقدان پوشش بیمه سلامت نیز از مهم‌ترین موانع محیطی بیان شده برای ترک زودرس روان‌درمانی در نظر گرفته شد [۲۳]. متأسفانه، در ایران بیمه دولتی برای خدمات روان‌درمانی وجود ندارد و فقط برخی از شرکت‌های خصوصی بیمه جلسات روان‌درمانی را پوشش می‌دهند. بدین جهت، محتمل است شیوع ترک زودرس بالاتر صورت گیرد [۳۸]. باورهای بافت فرهنگی در زمینه دریافت روان‌درمانی و مشاوره از عوامل محیطی بسیار عمیق در پیش‌بینی ترک زودرس مراجعان گزارش شد [۴۲]. علی‌رغم اینکه روان‌درمانی در باورهای فرهنگی، بیشتر مورد پذیرش قرار گرفته است و بیش از هر زمان دیگری در دسترس جمعیت بزرگتری قرار گرفته است [۲]، اما، انگ بیماری‌های روانی در جامعه از مهم‌ترین عوامل محیطی پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس است که در پژوهش حاضر نیز توسط مصاحبه‌شوندگان به کرات بیان شد.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، فضای مجازی و روانشناسی زرد از عوامل محیطی پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس است. امروزه، دسترسی مراجعان به منابع شبه روانی سرشار از اطلاعات روانشناسی، مانند اینترنت، کتاب و تلویزیون نیز از عوامل علی مهم در ترک زودرس روان‌درمانی است. مراجعان بر این باور اشتباه هستند که این منابع به صورت رایگان کارآیی بهتری از جلسات روان‌درمانی با درمانگر دارند و می‌توانند به صورت کامل جایگزین دریافت مشاوره حضوری یا آنلاین از درمانگر شوند. در صورت مراجعه به درمانگر نیز پیوسته

در حال مقایسه صحبت‌های درمانگر با این منابع هستند و گاهی از درمانگر این انتظار را دارند که کاملاً مشابه با آن منابع رفتار کند. بعضی از مراجعان به علت اعتقاد راسخ به این گونه از منابع، توصیه‌ها، راهکارها و تکنیک‌های درمانگر را نپذیرفته، وارد مجادله و بحث با درمانگر شده و در نهایت اقدام به ترک زود هنگام جلسات دارند. این معضل در حال حاضر با نام «روانشناسی زرد» شهرت دارد و حذف کامل آن نیازمند توجه مسئولان دولتی و بزرگان رشته روانشناسی و روانپزشکی است [۳۸].

شاخصه‌های ساختاری جلسات روان‌درمانی و مشاوره پنجمین طبقه اصلی شناسایی شده بود. یکی از مهم‌ترین متغیرها که در بروز ترک زودرس نقش دارد هزینه‌های جلسات می‌باشد. وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین و بیکاری مراجع عواملی هستند که میزان ترک زودرس را افزایش می‌دهند [۳۰]. وضعیت مالی نامناسب مراجع، تقاضای درمان یعنی، شرکت در جلسات درمانی منظم را دچار مشکل می‌سازد [۳۰]. پول یک عامل غیرقابل کنترل است و مراجعانی که توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی را ندارند، چارهای جز ترک زود هنگام جلسات نخواهند داشت.

دیگر عامل بسیار مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره مدت‌زمان جلسات بود. بعضی از مراجعین ترک‌کننده زودرس بیان کردند: «زمان لازم برای حضور در جلسات درمانی را نداشتند و به همین دلیل، اقدام به ترک جلسات کردند» [۶]. یافته‌های پژوهشی نشان داد در صورتی که فرایند روان‌درمانی توسط درمانگر خیلی کند یا خیلی سریع اتفاق بیفتد می‌تواند باعث ایجاد مقاومت مراجع شود [۴۰]. جنسیت هماهنگ مراجع با درمانگر و تفاوت جنسیت مراجع با درمانگر دیگر متغیرهایی هستند که در این پژوهش به عنوان عوامل مؤثر در ترک زودرس شناسایی شدند. در بعضی از پژوهش‌ها، جنسیت هماهنگ از عوامل مؤثر در حفظ و ادامه فرایند جلسات بوده است. باین حال، در پژوهش‌های دیگری هیچ رابطه‌ای بین شباهت جنسیتی درمانگر و مراجع با میزان حفظ و ادامه درمان مشاهده نشد [۴۳]. اتاق درمانگر از عوامل ساختاری مؤثر در تصمیم مراجعان برای ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره شناخته شد. تحقیقات در زمینه روانشناسی محیطی نشان داده است محیط اطراف می‌تواند بر احساس و تفکر ما تأثیر بگذارد [۴۴]. مطب یک درمانگر را می‌توان گسترش شخصیت وی در نظر گرفت. محدود مطالعاتی که این موضوع را در مراقبت‌های بهداشت روان مورد بررسی قرار داده‌اند، دریافتند چشم‌اندازهای محیط درمانی برای مراجعین مهم بوده و بر کیفیت مراقبتی که دریافت می‌کنند تأثیر دارند [۴۵].

مهم‌ترین مؤلفه کشف شده در پژوهش حاضر، عدم تخصص و مهارت درمانگر در روان‌درمانی و مشاوره بود. دو عنصر اساسی در جلسات روان‌درمانی و مشاوره، شخص درمانگر و مراجع است. میزان دانش، سواد، مهارت و آگاهی درمانگر بسیار مهم بوده و تعیین‌کننده چگونگی روند جلسات درمانی است. عدم تخصص

درمانگر ممکن است عواطف، افکار و احساسات بدنی خاصی را تجربه کند که به نظر می‌رسد نشأت گرفته از مراجع باشد. درمانگران در طول فعالیت حرفه‌ای روان‌درمانی ممکن است با مراجعانی به شدت آشفته با اختلالات روانی وسیع همچون، شخصیت و روان‌پریشی روبه‌رو گردند. این دسته از اختلالات به صورت ناخودآگاه می‌توانند واکنش‌های عاطفی شدید درمانگر را برانگیزانند و نیاز است درمانگر تسلط کافی بر هیجانات و احساسات خود داشته و از شکل‌گیری انتقال متقابل جلوگیری کند [۴۹]. انتقال متقابل می‌تواند نتیجه تظاهر «کشش مثبت یا منفی» خاص درمانگر به مراجع باشد. درمانگر باید واکنش‌های انتقالی خود را درک کند، بر این واکنش‌ها مسلط بوده و از آن برای درک بهتر مراجع استفاده کند. در غیر این صورت، این احساسات درمانگر روند جلسات را تحت تأثیر قرار داده و موجب کسب نتایج منفی برای مراجع خواهد شد [۵۰].

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مؤثر در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره الگوهای شخصیتی مراجع است. متخصصان حوزه روان‌درمانی، ارتباط شخصیت مراجع با روابط بین فردی، ادراکات درون فردی و بیان احساسی را بررسی کرده‌اند [۵۱]. بدین ترتیب، تأثیر شخصیت مراجع بر فرایند روان‌درمانی و نتیجه آن شگفت‌آور نیست. ویژگی‌های شخصیتی بر طیف وسیعی از فعالیت‌های انسانی و نتایج فرد در حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد. محققان به دنبال پاسخ این سؤال هستند که آیا ویژگی‌های شخصیتی با نحوه فعالیت فرد در جلسات روان‌درمانی و مشاوره مرتبط هستند؟

یافته‌های مطالعات در این باره نشان دادند ویژگی‌های شخصیتی مراجع با اتحاد درمانی، مشارکت در درمان، تبعیت از درمان و نتایج درمان رابطه دارند [۲۹]. در پژوهش دیگری مشخص گردید ویژگی‌های شخصیتی مثبت مراجع موجب فرایندهای درمانی سودمند (حضور منظم در جلسات، اتحاد درمانی مناسب و انجام دقیق راهکارهای توصیه‌شده) و نتایج مثبت درمان (کاهش شدت علائم) می‌شود [۲۹]. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد مراجعانی که قبل از شروع درمان تصور منفی و بنابراین در معیارهای نتیجه امتیاز کمتری دارند [۵۲]. در پژوهشی، مراجعانی که از همان جلسات ابتدایی خصومت زیادی داشته و نسبت به درمانگر و جلسات احساس خشم داشتند سریع‌تر از مراجعان باز و موافق با درمان اقدام به ترک جلسات در زمان نامناسب کردند [۵۳].

داشتن اعتمادبه‌نفس قوی در مراجع و ظرفیت کافی برای حفظ هویت خود با وجود دردهای روانی، پریشانی‌ها، آشفتگی‌ها و درگیری‌های شدید داخلی در درون از عوامل پیش‌بینی‌کننده موفقیت روان‌درمانی است، اما عدم اتکای شخصی مراجع و به‌هم‌ریختگی هویت بر اثر شدت مشکلات می‌تواند موجب ترک

و مهارت درمانگر در طول جلسات موجب افزایش ناراضایتی مراجعان از روان‌درمانی و مشاوره و ترک زودرس خواهد شد. ادراکات «تأثیر اجتماعی» درمانگر بر مراجع از عوامل مهم در موفقیت و یا عدم موفقیت روان‌درمانی است. عدم تخصص و جذابیت درمانگر و همچنین غیرقابل اعتماد بودن وی با ترک زودرس همراه بوده است. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده است مراجعانی که روان‌درمانی را ترک کرده‌اند درمانگر را فردی با تخصص پایین، شایستگی اندک و غیرقابل اعتماد توصیف کردند [۴۶]. ایجاد رابطه و اتحاد درمانی با مراجعان، تشویق مراجعان به کشف احساسات، افکار و رفتارها، اجازه دادن به مراجعان برای کشف دوسوگرایی نسبت به تغییر، ارائه روش‌هایی برای شفاف‌سازی پاسخ‌های مراجعان در جلسات و فراهم کردن زمینه برای اجرای مداخلات از وظایف درمانگر در طول جلسات روان‌درمانی است [۱].

اغلب درمانگران بر این عقیده هستند که هدف اولیه فرد از حضور در جلسات درمان دستیابی به «احساس بهتر» است و حرکت به سمت آن هدف نیازمند دانش و تخصص مطلوب در درمانگر است [۲]. اتحاد درمانی، جهت‌گیری نظری و مداخلات خاص درمانگر از عوامل بسیار مهم در موفقیت یک جلسه روان‌درمانی است [۴۷]. نوع رویکرد درمانی و تکنیک‌های به کار گرفته‌شده نیز در موفقیت و یا ترک زودرس درمان بسیار نقش دارند. به نظر می‌رسد یک رویکرد التقاطی نیازهای مراجعان را بهتر از پیروی سخت از یک مدل خاص برآورده می‌کند.

پایپر و همکاران دریافتند مراجعین در درمان‌های فردی تفسیری ۵ برابر بیشتر از مراجعینی که در روان‌درمانی حمایتی هستند ترک زودرس می‌کنند [۴۸]. یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد استفاده درمانگر از خلاقیت انعطاف‌پذیر برای تناسب شیوه‌های درمانی با شخصیت منحصربه‌فرد هر مراجع موجب موفقیت روان‌درمانی و کاهش ترک زودرس آن می‌گردد [۱]. گاهی اوقات، بعضی از درمانگران به جهت جلوگیری از ترک زودرس مراجعانی که مشکلات مالی دارند، جلسات درمانی را کوتاه‌تر کرده یا با هزینه پایین‌تری برگزار می‌کنند که یافته‌ها در زمینه مفید بودن این دو شیوه کاربردی متناقض است [۳۸].

کوتاه کردن جلسات درمانی در مواجهه با مراجعانی که اختلالات روانی شدید دارند اقدامی مناسب نبوده و صرفاً در بهترین حالت بهبودهای اندکی برای مراجع در پیش خواهد بود. دریافت هزینه‌های پایین برای روان‌درمانی از مراجع نیز مضراتی دارد. ممکن است این باور در مراجع شکل بگیرد که خدمات سلامت روان دارای ارزش چندانی نیستند، پس به توصیه‌ها و راهکارهای درمانگر نیز توجه کافی نداشته باشد. علاوه بر این، برای حفظ وحدت رویه در میان درمانگران این اقدام چندان شایسته نیست.

زودرس گردد [۵۳]. یافته‌های مطالعات متعدد نشان داده است سطوح بالای پرخاشگری، عزت نفس پایین، روابط بین فردی ضعیف، عدم توانایی درون‌نگری، عدم تحمل ناامیدی و عملکرد شخصیت ناسازگار زمینه ترک زودرس روان‌درمانی را در مراجعان فراهم می‌کنند [۴].

سبک زندگی، شاخصه‌های شخصیتی و هیجانی درمانگر هفتمین طبقه اصلی ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره کدگذاری شد. سالوادور مینوچین در زمینه اهمیت نقش درمانگر در طول جلسات مشاوره و روان‌درمانی بیان کرد: «در سال ۱۹۷۵، زمانی که «رویکرد خانواده و خانواده‌درمانی» را می‌نوشتیم تمام فکر من این بود که درمانگران خانواده باید مفهوم خانواده را به‌درستی بشناسند و مهارت‌ها و تکنیک‌های عملی خانواده‌درمانی را به‌صورت عمیق آموزش ببینند، اما بعدها فهمیدم تکنیک‌ها به‌تنهایی مفید نیستند و اولویت، شخص درمانگر است که می‌تواند ابزار تغییر باشد» [۱۸].

تحقیقات کمتری به بررسی تأثیر شخصیت درمانگران بر فرایند درمان پرداخته است. یافته‌ها در این زمینه متفاوت بوده و داده ثابتی حاصل نشده است [۵۴]. برخی تحقیقات نشان می‌دهند شخصیت درمانگران بر نتایج درمان تأثیری ندارد [۵۵]. یافته‌ها اجازه نمی‌دهد نتیجه‌گیری محکمی در زمینه تأثیر درمانگران بر نتایج درمان و ترک زودرس صورت گیرد. هاینونن و اورلینسکی به این نتیجه رسیدند ویژگی‌های شخصیتی درمانگر بر الگوهای تعاملی‌شان با مراجعان تأثیر می‌گذارد. درحقیقت، ویژگی‌های حرفه‌ای و شخصی درمانگران، مانند مهارت‌های بین فردی، متغیرهای درون فردی، توانایی کنار آمدن با مشکلات شخصی و نگرش به مداخله‌درمانی در نوع نتیجه مراجعان از روان‌درمانی و مشاوره تأثیر می‌گذارد [۵۶]. مهارت‌های بین فردی درمانگر (همدلی و احترام به مراجعان)، سبک رفتاری درمانگر (نحوه تعامل، بیان و توجه به مراجع)، هدایت‌گری درمانگر (ارائه دستورالعمل‌های مشخص)، واکنش‌های هیجانی درمانگر (گره یا لبخند) و توجه به تفاوت‌های فردی (درک تفاوت بین خود و دیگری) از عوامل مهم تأثیرگذار در کیفیت نتیجه دریافت‌شده توسط مراجع است [۳۱].

در اغلب پژوهش‌ها، حداقل یک رابطه معنادار بین شخصیت درمانگران و میزان شایستگی و مهارت‌شان در طول جلسات درمانی به دست آمد و این یافته حاکی از این است که شخصیت درمانگران بر چگونگی مدیریت جلسات درمانی توسط آنان بسیار تأثیر می‌گذارد [۵۷]. اوکیشی و همکاران تأکید داشتند شناسایی صفات و ویژگی‌هایی در درمانگر، مانند سطوح پایین توافق‌پذیری که موجب عدم شکل‌گیری اتحاد درمانی مناسب با مراجع و نتایج درمانی ضعیف می‌گردد بسیار مهم است و در اغلب پژوهش‌ها، فقط به صفات و ویژگی‌هایی در درمانگر توجه شده که موجب اتحاد درمانی مطلوب و نتایج درمانی بسیار خوب برای

مراجع می‌شوند. اگر بتوان خصیصه‌های منفی درمانگران برای اتحاد درمانی و پیامدهای روان‌درمانی را شناسایی کرد می‌توان مداخلات هدفمند در جهت بهبود نتایج روان‌درمانی برای طیف وسیعی از مراجعان ایجاد کرد. درمانگر زمانی می‌تواند برای مراجع مفید باشد که از توانایی‌ها، باورها، افکار، نگرش‌ها، توانمندی‌ها و ضعف‌های خودآگاهی کامل داشته باشد [۵۸].

در پژوهشی بر این امر تأکید گردید که درمانگر زمانی می‌تواند برای مراجع شفاف‌بخش باشد که خود نیز شفا گرفته باشد. منظور از شفا، شناخت و خودآگاهی کامل درمانگر از خود است [۵۹]. به همین جهت، در پژوهش‌های مختلف بر دریافت مشاوره و روان‌درمانی برای شخص درمانگر تأکید شده است تا در صورت داشتن تعارضات و مشکلات شخصی درمان گردد. اگر تعارضات و مشکلات شخصی درمانگر درمان نگردد در جلسات مشاوره یا روان‌درمانی با مراجع به شیوه‌های مختلف بروز پیدا خواهد کرد [۵۹]. برای طی کردن یک مسیر موفقیت‌آمیز در بهبود مراجعان نیاز است درمانگران بر ویژگی‌های شخصیتی خودآگاه و ناخودآگاه خود، جنبه‌های دردناک تاریخ شخصی زندگی‌شان، احساسات، افکار و رفتارهایشان در پاسخ به مراجعان و رفتارهای با ماهیت نفرت یا جنسی‌شان نسبت به مراجعان شناخت و تسلط کافی داشته باشند [۴۹].

هشتمین مؤلفه اصلی در ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره، عوامل بیوگرافیک درمانگر بود. در حوزه روان‌درمانی و مشاوره پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی درمانگران بر ترک زودرس مراجعان انجام شده است و نقش متغیرهایی در درمانگر، مانند سن، جنسیت و سطح سواد به‌صورت دقیقی مشخص نشده است [۶۰]. نتایج برخی تحقیقات نشان دادند درمانگران زن به نسبت درمانگران مرد، مراجعان با ترک زودرس کمتری داشته و توانایی بالاتری در زمینه حفظ مراجعان در فرایند روان‌درمانی دارند [۳۰].

مطالعه دیگری نتیجه متضادی با این یافته‌ها داشت و نشان داد درمانگران مرد مراجعان با ترک زودرس کمتری داشتند [۶۱]. در پژوهش‌های دیگری نیز بر این امر تأکید گردید که بین جنسیت درمانگر با میزان ترک زودرس رابطه‌ای وجود ندارد [۴۳، ۵]. در زمینه تأثیر سن درمانگر بر نرخ شیوع ترک زودرس یافته‌های مطالعه‌ای در سوئد نشان داد درمانگران با سن بالاتر مراجعان با ترک زودرس بیشتری نسبت به درمانگران جوان‌تر داشتند [۶۲]. سطح تحصیلات، میزان تجربه و حجم اطلاعات درمانگر اغلب به‌عنوان متغیرهای با تأثیرات بالقوه بر نتایج روان‌درمانی شناسایی می‌شوند و مستقیماً به توانایی انجام روان‌درمانی مربوط می‌شوند. محققان نشان داده‌اند درمانگران باتجربه در شناسایی تجربیات عاطفی مراجعان و به‌کارگیری همدلی، بهتر از درمانگران بدون تجربه هستند [۶۳].

نتیجه‌گیری

ترک زودرس جلسات مشاوره و روان‌درمانی قبل از تکمیل یک دوره درمانی مانعی فراگیر برای اثربخشی خدمات مشاوره و روان‌درمانی است. تحقیقات زیادی در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره انجام شده است و عوامل مهمی در این سازه شناسایی شده‌اند. با این حال، ادبیات موجود در زمینه این مشکل ثابت نبوده و همواره متناقض است. در پژوهش حاضر از مجموع مصاحبه‌های عمیق صورت گرفته با درمانگران، ۹ طبقه اصلی به دست آمد که در پدیده ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره نقش گسترده‌ای دارند. توسعه مداخلات مؤثرتر برای کاهش ترک زودرس نیازمند درک و دریافت صحیح این عوامل توسط متخصصین سلامت روان است.

در پژوهش حاضر تلاش گردید با رعایت اصول پژوهشی دقیق، مهم‌ترین دلایل ترک زودرس از دیدگاه درمانگران به دست آید، اما محدودیت‌هایی وجود داشت. اولین محدودیت، تعداد اندک نمونه پژوهش حاضر بود. اگرچه، از لحاظ اصول تحقیقات کیفی تعداد نمونه پژوهش کافی بوده است، اما توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آتی از تعداد نمونه بالاتری برای ارزیابی عوامل مؤثر در ترک زودرس استفاده گردد. با توجه به ابعاد گسترده تحقیق کیفی زمان لازم برای بررسی عوامل شناسایی شده در قالب پژوهش کمی نبود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده مؤلفه‌های شناسایی شده در این پژوهش در یک طرح کمی و با تعداد نمونه بالاتر از جامعه درمانگران مورد سنجش قرار گیرد.

شیوه کسب اطلاعات در پژوهش کیفی مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته بالینی بود و این مصاحبه‌ها زمان بسیار طولانی برای اجرا نیاز داشت و ممکن است اجراکنندگان مصاحبه و شرکت‌کنندگان در پژوهش احساس خستگی را تجربه کرده باشند و این احساس بر نتایج دریافتی تأثیر منفی گذاشته باشد.

محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که در پژوهش حاضر درمانگران براساس نوع روان‌درمانی و فنونی که برای درمان اختلالات و مشکلات مراجعان استفاده می‌کنند تفکیک نشده بودند. با توجه به اینکه نوع روان‌درمانی بر میزان شیوع ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره تأثیر می‌گذارد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی این تفکیک صورت گیرد.

در راستای نتایج پژوهش حاضر به درمانگران پیشنهاداتی ارائه می‌گردد. به درمانگران توصیه می‌شود برای مراجعان با تشخیص احتمالی ترک زودرس به صورت تیمی کار کنند و اعضای در تیم درمانی جذب کنند که توان حفظ مراجعان با خطر ترک زودرس را دارند. فعالیت تیمی موجب می‌گردد شناخت بیشتری از مراجعان حاصل گردد و در صورت تشخیص احتمالی ترک زودرس مراجع در جلسات آینده میزان توجه به وی افزایش یابد. یکی از عوامل بسیار مهم در ترک زودرس عدم رابطه درمانی

-آخرین مؤلفه تأثیرگذار در ترک زودرس از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان پژوهش حاضر، داروهای روانپزشکی بود. نوع درمانی که مراجع دریافت می‌کند بر میزان ترک زودرس تأثیر می‌گذارد. ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی کمترین میزان ترک زودرس را داشته‌اند. اما استفاده مداوم درمانگر از یک کدام از این شیوه‌ها برای تمام مراجعان با افزایش ترک زودرس مواجه بوده است [۳۳]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد میزان ترک زودرس در میان مراجعانی که درمان‌های ترکیبی (روان‌درمانی و دارودرمانی) دریافت کرده‌اند به نسبت مراجعانی که فقط روان‌درمانی داشته‌اند بسیار پایین‌تر است [۳۸].

بافت اجتماعی فرهنگی هر منطقه دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که می‌تواند بر ترک زودرس درمان توسط مراجعان بسیار تأثیرگذار باشد. سیستم معیوب ارجاعات درمانی یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس در ایران است. گاهی اوقات، مراجع در شرایط روانی بسیار نامطلوبی قرار دارد و باید حتماً توسط درمانگر به روانپزشک ارجاع داده شود. اما متأسفانه، به علت یک سری باورهای اشتباه بعضی از درمانگران در زمینه دریافت دارو و اعتماد به نفس کاذب‌شان مبنی بر اینکه توان درمان تمامی اختلالات روانی را به تنهایی دارند؛ این اتفاق رخ نمی‌دهد و مراجع بعد از چند جلسه روان‌درمانی به علت عدم بهبود اقدام به ترک جلسات می‌کند.

دومین متغیر کدگذاری شده در این طبقه توصیه درمانگر به مراجع برای مصرف داروهای روانپزشکی بود. عدم تطابق راهکارهای به کار گرفته شده توسط درمانگر با ترجیحات و نیازهای مراجع از عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک زودرس است [۶۴]. برای مثال، در یک مطالعه مشخص گردید اغلب مراجعان دریافت روان‌درمانی را بر دارودرمانی ترجیح می‌دهند و در صورت اصرار درمانگر بر دریافت دارو اقدام به ترک جلسات خواهند کرد [۶۵]. عدم تأثیرپذیری سریع داروهای روانپزشکی بر مراجع از متغیرهای کدگذاری شده در این مؤلفه بود. بررسی‌ها در زمینه دارودرمانی نشان داده است ۳۰ تا ۵۰ درصد از مراجعین قبل از موعد داروهای روانگردان خود را قطع می‌کنند [۶۶]. مراجعان در تبیین این اقدام‌شان گزارش دادند مدت کوتاهی است که دارو مصرف می‌کنند، اما این داروهای مصرفی تأثیر چندانی بر آنان نداشته و علائم ناراحتی‌شان بهبود نیافته است. طبق نتایج تحقیقات در زمینه دارودرمانی، برای تأثیرگذاری داروهای روانپزشکی بر علائم و نشانگان منفی، صبر، زمان و حوصله مراجع نیاز است. بنابراین به درمانگران توصیه می‌گردد این توضیحات را در ابتدای شروع دارودرمانی برای مراجع بیان کنند تا شناخت کافی از سیر درمان حاصل گردد.

داده‌ها، تحلیل رسمی، تفسیر و نظارت: مهناز جوکار کمال آبادی؛ تحقیق، تفسیر و نظارت: فریده سادات حسینی؛ روش‌شناسی، تفسیر و نظارت: سید موسی گلستانه.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه مسئولان کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی، بیماران و سایر افرادی که در پژوهش حاضر همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌شود.

مطلوب بین مراجع و درمانگر است. بدین جهت توصیه می‌گردد درمانگران حتماً ابزاری مفید برای سنجش اتحاد درمانی در طول جلسات داشته باشند تا بر روند رابطه شکل گرفته آگاهی کامل داشته باشند. در صورت داشتن مشکلاتی در رابطه درمانی درمانگر فرصت خواهد داشت تا این پارگی‌ها و نقص‌ها در رابطه را اصلاح و از به وجود آمدن ترک زودرس روان‌درمانی و مشاوره توسط مراجع پیشگیری کند. علاوه بر این، به درمانگران پیشنهاد می‌گردد جهت بهبود رابطه درمانی با مراجع به صورت مداوم از آموزش‌های متمرکز بر اتحاد بهره ببرند.

درمانگران برای کاهش ترک زودرس می‌توانند از تکنیک‌های مفید در طول جلسات درمانی استفاده کنند، مانند تکنیک القای نقش که در آن مراجع و درمانگر با هم گفت‌وگو می‌کنند و اهداف و نحوه مدیریت جلسات را با یکدیگر تنظیم می‌نمایند.

مطالعات نشان داده‌اند القای نقش به کاهش استرس در جلسات درمانی کمک کرده، اتحاد درمانی را بهبود بخشیده و همچنین، میزان ترک زودرس جلسات توسط مراجعان را کاهش می‌دهد. روش دیگر برای کاهش ترک زودرس توسط هانان و همکاران^{۱۵} در سال ۲۰۰۵ پیشنهاد شده است. این شیوه، ارائه بازخورد توسط مراجع به درمانگر در پایان هر جلسه درمانی است. ارائه بازخورد مداوم به درمانگر مانند یک «هشدار» عمل خواهد کرد [۶۷]. در نهایت، مصاحبه انگیزشی می‌تواند ابزار مؤثری برای مدیریت ترک زودرس مراجعان باشد. این تکنیک از مرحله تفکر تا مراحل بعدی به سطح بهبود و رشد مراجع بستگی دارد و باعث می‌شود مراجع به دنبال تغییر و ادامه درمان باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق (IR.BPUMS.REC.1403.087) در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش بخشی از رساله دکتری سمیه صفرزاده در رشته روانشناسی در دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه خلیج فارس بوشهر است. این پژوهش هیچ کمک مالی از موسسه‌های عمومی، تجاری یا خصوصی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، طراحی، روش‌شناسی، تحقیق، مدیریت پروژه، مدیریت داده‌ها، تحلیل رسمی، تفسیر، نظارت و نگارش: سمیه صفرزاده؛ مفهوم‌سازی، طراحی، روش‌شناسی، بررسی، مدیریت

References

- [1] Ibebunjo E. Examining therapist experience with resistant clients. [PhD dissertation]. Chicago: National Louis University; 2021. [Link]
- [2] Finlay M. The relationship between psychotherapist personality and therapeutic alliance [PhD dissertation]. California: Loma Linda University; 2018. [Link]
- [3] Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012; 80(4):547-59. [DOI:10.1037/a0028226] [PMID]
- [4] Jung SI, Serralta FB, Nunes ML, Eizirik CL. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2013; 35(3):181-90. [DOI:10.1590/S2237-60892013000300005] [PMID]
- [5] Hatchett GT, Park HL. Revisiting relationships between sex-related variables and continuation in counseling. *Psychological Reports*. 2004; 94(2):381-6. [DOI:10.2466/pr0.94.2.381-386] [PMID]
- [6] Behl K, & Rajagopal M. Reasons for dropout of clients from therapy. *International Journal of Indian Psychology*. 2018; 6(2):135-50. [DOI:10.25215/0602.014]
- [7] Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Casiano D, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45(2):247-67. [DOI:10.1037/0033-3204.45.2.247] [PMID]
- [8] Todd DM, Deane FP, Bragdon RA. Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*. 2003; 59(1):133-47. [DOI:10.1002/jclp.10123] [PMID]
- [9] Hatchett GT, Han K, Cooker PG. Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*. 2002; 9(2):156-63. [DOI:10.1177/10791102009002006] [PMID]
- [10] Seligman M. The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*. 1995; 50(12):965-74. [DOI:10.1037//0003-066X.50.12.965] [PMID]
- [11] Duehn WD, Proctor EK. Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1977; 47(2):284-90. [DOI:10.1111/j.1939-0025.1977.tb00983.x] [PMID]
- [12] Philips B, Wennberg P, Werbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 2007; 80(Pt 2):229-45. [DOI:10.1348/147608306X128266] [PMID]
- [13] Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1982; 19(3):276-88. [DOI:10.1037/h008437]
- [14] Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36(1):1-10. [DOI:10.2307/2137284] [PMID]
- [15] Paul GL. Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1967; 31(2):109-18. [DOI:10.1037/h0024436] [PMID]
- [16] Hill CE, Corbett M. A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*. 1993; 40(1):3-24. [DOI:10.1037/0022-0167.40.1.3]
- [17] Walker RN. Therapeutic factors and premature termination in a university-based counseling training clinic [PhD dissertation]. Georgia: University of Georgia; 2012. [Link]
- [18] Aponte HJ. The Soul of Therapy: The therapist's use of self in the therapeutic relationship. *Contemporary Family Therapy*. 2022; 44(2):136-43. [Link]
- [19] Aponte HJ, Nelson G. I matter, too. *Journal of Family Psychotherapy*. 2018; 29(1):31-42. [DOI:10.1080/08975353.2018.1416232]
- [20] Swift JK, Tompkins KA, Parkin SR. Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 73(11):1543-55. [DOI:10.1002/jclp.22531] [PMID]
- [21] Blow AJ, Sprenkle DH, Davis SD. Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2007; 33(3):298-317. [DOI:10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x] [PMID]
- [22] Leonhardt BL, Kukla M, Belanger E, Chaudoin-Patzoldt KA, Buck KD, Minor KS, et al. Emergence of psychotic content in psychotherapy: An exploratory qualitative analysis of content, process, and therapist variables in a single case study. *Psychotherapy Research*. 2018; 28(2):264-80. [DOI:10.1080/10503307.2016.1219421] [PMID]
- [23] Anderson KN. Premature termination of outpatient psychotherapy: predictors, reasons, and outcomes [PhD dissertation]. Nebraska: University of Nebraska-Lincoln; 2015. [Link]
- [24] Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008. [Link]
- [25] Piselli A, Halgin RP, Macewan GH. What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*. 2011; 21(4):400-15. [DOI:10.1080/10503307.2011.573819] [PMID]
- [26] Kheirkhah Alavi S M, Bahmani B, Abdi K. [Identifying the psychological factors postponing the marriage in Iranian women: A qualitative study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30(1):5031-1 [DOI:10.32598/ijpcp.30.5031.1]
- [27] Lilliengen P, Werbart A. Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2010; 47(4):570-85. [DOI:10.1037/a0021179] [PMID]
- [28] Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S, Carr C. Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(3):294-302. [DOI:10.1001/jamapsychiatry.2019.3750] [PMID]
- [29] Knekt P, Grandell L, Sares-Jäske L, Lindfors O. Poor suitability for psychotherapy - a risk factor for treatment non-attendance?. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295:1432-9. [DOI:10.1016/j.jad.2021.09.020] [PMID]

- [30] Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*. 1975; 82(5):738-83. [DOI:10.1037/h0077132] [PMID]
- [31] Fletcher A. Understanding the influence of patients' and therapists' personality on psychotherapy treatment outcomes [DClinPsy thesis]. Sheffield: University of Sheffield; 2021. [Link]
- [32] Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology - Research & Practice*. 1993; 24(2):190-5. [Link]
- [33] Abd Elbaky GB, Hay PJ, le Grange D, Lacey H, Crosby RD, Touyz S. Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:69. [DOI:10.1186/1471-244X-14-69] [PMID]
- [34] Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(5):845-51. [DOI:10.1176/appi.ajp.159.5.845] [PMID]
- [35] Romans JS, White JK, Harrist RS, Boswell DL, Sims WD, Murn LT. Predicting attrition from counseling in a university counseling center sample using the Outcome Questionnaire-45.2. *The Internet Journal of Mental Health*. 2009; 7(1):1-8. [Link]
- [36] Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA. Serving those who served: Retention of newly returning veterans from Iraq and Afghanistan in mental health treatment. *Psychiatric Services*. 2011; 62(1):22-7. [DOI:10.1176/ps.62.1.pss6201_0022] [PMID]
- [37] White KS, Allen LB, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Attrition in a multicenter clinical trial for panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010; 198(9):665-71. [DOI:10.1097/NMD.0b013e3181ef3627] [PMID]
- [38] Khazaie H, Rezaie L, Shahdipour N, Weaver P. Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning*. 2016; 56:23-30. [DOI:10.1016/j.evalproplan.2016.03.002] [PMID]
- [39] Goddard E, Wingrove J, Moran P. The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2015; 73:1-7. [DOI:10.1016/j.brat.2015.07.006] [PMID]
- [40] Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2001; 38(4):357-61. [Link]
- [41] Hanevik E, Røvik FMG, Bøe T, Knapstad M, Smith ORF. Client predictors of therapy dropout in a primary care setting: A prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2023; 23(1):358. [DOI:10.1186/s12888-023-04878-7] [PMID]
- [42] Cvetković A. The concept of culture in the context of psychotherapy [MA thesis]. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2020. [Link]
- [43] Cottone JG, Drucker P, Javier RA. Gender differences in psychotherapy dyads: Changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002; 39(4):297-308. [Link]
- [44] Kang SY, Youn N, Yoon HC. The self-regulatory power of environmental lighting: The effect of illuminance and correlated color temperature. *Journal of Environmental Psychology*. 2019; 62:30-41. [DOI:10.1016/j.jenvp.2019.02.006]
- [45] Ylagan V. The role of interior design in the psychotherapist's office [Senior Theses]. Columbia: University of South Carolina - Columbia; 2021. [Link]
- [46] Mohl PC, Martinez D, Ticknor C, Huang M, Cordell L. Early dropouts from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1991; 179(8):478-81. [DOI:10.1097/00005053-199108000-00005] [PMID]
- [47] Falkenström F, Granström F, Holmqvist R. Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*. 2013; 60(3):317-28. [DOI:10.1037/a0032258] [PMID]
- [48] Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS, O'Kelly JG, et al. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1999; 36(2):114-22. [Link]
- [49] Stefana A, Bulgari V, Youngstrom EA, Dakanalis A, Bordin C, Hopwood CJ. Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2020; 27(5):697-713. [DOI:10.1002/cpp.2455] [PMID]
- [50] Yakeley J, Hale R, Johnston J, Kirtchuk G, Shoenberg P. Psychiatry, subjectivity and emotion - deepening the medical model. *Psychiatric Bulletin*. 2014; 38(3):97-101. [DOI:10.1192/pb.bp.113.045260] [PMID]
- [51] Levy SR, Hilsenroth MJ, Conway F, Owen J. Patient personality characteristics and therapeutic integration: treating borderline personality and emotionally dysregulated-dysphoric personality features. *Research in Psychotherapy (Milano)*. 2022; 25(2):611. [DOI:10.4081/ripppo.2022.611] [PMID]
- [52] Ryum T, Vogel PA, Walderhaug EP, Stiles TC. The role of self-image as a predictor of psychotherapy outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2015; 56(1):62-8. [DOI:10.1111/sjop.12167] [PMID]
- [53] Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert's MJ, editor. *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 2003. [Link]
- [54] Johns RG, Barkham M, Kellett S, Saxon D. A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*. 2019; 67:78-93. [DOI:10.1016/j.cpr.2018.08.004] [PMID]
- [55] Antonuccio DO, Lewinsohn PM, Steinmetz JL. Identification of therapist differences in a group treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982; 50(3):433-5. [DOI:10.1037//0022-006X.50.3.433] [PMID]
- [56] Heinonen E, Orlinsky DE. Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*. 2013; 23(6):718-31. [DOI:10.1080/10503307.2013.814926] [PMID]
- [57] Delgadillo J, Branson A, Kellett S, Myles-Hooton P, Hardy GE, Shafran R. Therapist personality traits as predictors of psychological treatment outcomes. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(7):857-70. [DOI:10.1080/10503307.2020.1731927] [PMID]

- [58] Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2003; 10(6):361-73. [\[Link\]](#)
- [59] Cara GM. The counselling and psychotherapy room as a healer space. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 2018; 9(1):12-14. [\[DOI:10.15406/jpcpy.2018.09.00499\]](#)
- [60] Heinonen E, Nissen-Lie HA. The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(4):417-32. [\[DOI:10.1080/10503307.2019.1620366\]](#) [\[PMID\]](#)
- [61] Epperson DL, Bushway DJ, Warman RE. Client self-terminations after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*. 1983; 30(3):307-15. [\[DOI:10.1037/0022-0167.30.3.307\]](#)
- [62] Werbart A, Andersson H, Sandell R. Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*. 2014; 24(6):724-37. [\[DOI:10.1080/10503307.2014.883087\]](#) [\[PMID\]](#)
- [63] O'Brien JL, Haaga DA. Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2015; 46(6):414-20. [\[DOI:10.1037/pro0000037\]](#)
- [64] Sidani S, Fox M, Epstein D. Conducting a two-stage preference trial: Utility and challenges. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(5):1017-24. [\[DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.006\]](#) [\[PMID\]](#)
- [65] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 74(6):595-602. [\[DOI:10.4088/JCP.12r07757\]](#) [\[PMID\]](#)
- [66] Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: Are patients taking their medications? *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2012; 9(5-6):41-6. [\[PMID\]](#)
- [67] Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*. 2005; 61(2):155-63. [\[DOI:10.1002/jclp.20108\]](#) [\[PMID\]](#)