

تبیین علل خروج از روان درمانی از دیدگاه روان درمانگران: یک مطالعه کیفی *

حبيب الله خزایی¹؛ لیا رضایی^{1*}؛ نیلوفر شهدی پور²

چکیده

زمینه: خروج از درمان یکی از موانع موجود در ارایه خدمات روان درمانی است که روند ارایه این خدمات را تحت تأثیر قرار می دهد. تبیین علل خروج از درمان جهت برنامه ریزی های لازم در این زمینه ضروریست. این مطالعه با هدف تبیین علل خروج از روان درمانی از دیدگاه روان درمانگران انجام شد.

روش ها: این مطالعه به روش کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت کنندگان 12 روان درمانگر مشغول به روان درمانی در شهر کرمانشاه بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری شدند. مصاحبه ها ضبط و بازنویسی شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها منجر به استخراج 5 طبقه اصلی و 12 زیر طبقه گردید. طبقات اصلی عبارت بودند از سایه مشکلات اقتصادی بر روان درمانی، باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان درمانی، ماهیت سهل و ممتنع روان درمانی، ساختار ناهموار آموزش و نظارت بر روان درمانی و سیستم نامناسب ارجاع در روان درمانی. مشکلات اقتصادی در درمانجویان، باورهای منفی، ضعف در نظارت بر روان درمانی و زمان نامناسب ارجاع برخی از زیر طبقه ها استخراج شده بودند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این تحقیق، علل خروج از روان درمانی از ابعاد مختلف اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی برخوردار است و توجه به این ابعاد در برنامه ریزی های مربوط به ارایه خدمات روان درمانی پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: خروج از درمان، روان درمانی، علل، مطالعه کیفی، تحلیل محتوایی

«دریافت: 1393/7/1 پذیرش: 1393/10/16»

1. مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

3. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، میدان ایثار، بیمارستان فارابی، مرکز تحقیقات اختلالات خواب تلفن: 08338265255، همراه: 09188364414، دورنگار:

Email: leeba.rezaie@yahoo.com

08338264163

* این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی خانم نیلوفر شهدی پور جهت اخذ درجه تخصص روان پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد.

مقدمه

اولیه (2-3 جلسه) درمان صورت بگیرد (5) به دلیل عدم تکمیل جلسات درمانی تعیین شده که با در نظر گرفتن نوع مشکل درمانجو ضروری می باشد، می تواند موجب بدتر شدن شرایط درمانجو و یا به تأخیر افتادن درمان وی گردد. علاوه بر این خروج از درمان با به هدر رفتن سرمایه خدمات بهداشت روانی، وقت و انرژی روان درمانگران همراه است (5 و 6). بنابراین، علل خروج از روان درمانی در مطالعات متعددی مورد توجه قرار گرفته است.

خروج از درمان (drop out) یا ترک پیش از موعد درمان یکی از مشکلات شایع موجود بر سر راه روان درمانی است که می تواند مانع از اثربخشی درمان شود (1-3). در طی فرآیند خروج از درمان که بر اساس برخی از آمارها از فراوانی 30-50 درصد برخوردار است (3 و 4) درمانجویان معمولاً بدون هماهنگی و یا توافق با روان درمانگر، جلسات درمانی خود را خاتمه می دهند. این اقدام که ممکن است پس از اولین جلسه یا جلسات

Dropout شدند. علاوه بر ویژگی‌های جمعیت شناختی (مانند سن جوانتر، تحصیلات پایین‌تر، بیکاری و عدم پوشش بیمه‌ها) بی‌اعتمادی به اثرات درمان و توانایی درمانگر از جمله علل مطرح‌شده برای خروج از روان‌درمانی در این افراد بوده است (13). در این گزارش که خروج از درمان‌های سرپایی روانپزشکی را مورد بررسی قرار داده بود، نیز تحقیقات بیشتر در این زمینه با تأکید بر انجام پژوهش‌های کیفی پیشنهاد گردیده است.

از آن‌جا که به استثنای رفرنس شماره 13 که در بخشی از گزارش خود به این موضوع پرداخته است هیچ مطالعه‌ای که خروج از روان‌درمانی را در ایران مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد و با توجه به اهمیت نقش عوامل فرهنگی و همچنین نگرش‌های فردی در خروج از روان‌درمانی، آن‌گونه که در مطالعات گذشته (3 و 12 و 13) پیشنهاد شده انجام مطالعه در این زمینه با رویکرد کیفی ضروری به نظر می‌رسد. لذا این تحقیق با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوایی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش تحلیل محتوایی قراردادی (conventional content analysis) انجام شد. در تحلیل محتوایی کیفی هدف، طبقه‌بندی اطلاعات به دست آمده از نسخه مصاحبه‌ها و پروتکل‌های مشاهدات است. در این روش اطلاعات به‌طور مستقیم از مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری می‌شود و طبقات از پیش تعیین‌شده و دیدگاه‌های نظری محقق بر داده‌ها تحمیل نمی‌شود. دانش تولیدشده در این روش بر اساس تجربیات منحصر به فرد مشارکت‌کنندگان و از متن داده‌های واقعی می‌باشد. در واقع کدها و طبقات به روش استقرایی از داده‌های خام استخراج می‌شود (14 و 15).

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق شامل روان‌درمانگران مشغول به روان‌درمانی (روانپزشکان و روانشناسان) در شهر کرمانشاه بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند (purposive) انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع

برخی از مطالعات انجام‌شده در این زمینه سن جوان‌تر، جنسیت مرد، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، وضعیت روانی نامطلوب، عدم وجود سابقه بیماری روانی، فقدان پوشش بیمه و وجود نگرش منفی نسبت به بیماری روانی و خدمات بهداشت روانی را به عنوان پیشگوهای خروج از درمان معرفی کرده‌اند (7-11). در عین حال علل خروج از درمان به درستی معلوم نشده‌اند.

مطالعات دیگر که معمولاً به صورت مروری انجام شده‌اند، سعی کرده‌اند تا با طبقه‌بندی عوامل مؤثر بر خروج از درمان نگاهی کلی‌تر و مفهومی به این مشکل داشته باشند. طبقه‌بندی این عوامل به ویژگی‌های مستعدکننده (predisposing characteristics) درمانجو مانند سن، جنس، نژاد، طبقه اقتصادی اجتماعی و عقاید و انتظارات نسبت به درمان، عوامل توانمندساز (enabling factors) مانند دسترسی به خدمات روان‌درمانی، هزینه خدمات روان‌درمانی، مشارکت خانواده، شبکه حمایت اجتماعی و نیاز فرد به درمان (individual need to treatment) (3) و همچنین عوامل مربوط به بیمار (مانند وضعیت اجتماعی اقتصادی، تحصیلات، انتظارات و درک درمان و ویژگی‌های شخصیتی)، عوامل مربوط به روان‌درمانگر (مانند تجربه و دانش روان‌درمانگر، انعطاف‌پذیری) و عوامل مربوط به فرآیند درمان (مانند توافق درمانی و آماده‌سازی برای درمان) (12) گزارش شده است. در عین حال تأکید بر انجام تحقیقات کیفی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و رو در رو به منظور درک بهتر تأثیر عوامل فرهنگی و نگرش افراد نسبت به روان‌درمانی در این مطالعات نیز مطرح گردیده است (3 و 12).

در ایران خزایی و همکاران (2012) در پیگیری دوساله 1500 بیمار روانپزشکی که مراجعه سرپایی داشتند، عنوان نمودند که 80 درصد از بیمارانی که برای روان‌درمانی ارجاع شده بودند، از پذیرش این درمان امتناع ورزیدند و از 236 بیماری که در جلسات روان‌درمانی شرکت کردند 134 بیمار (56٪) دچار

اطلاعات ادامه یافت. در این تحقیق ملاک‌های ورود برای مشارکت‌کنندگان تمایل به شرکت در مصاحبه و داشتن حداقل 5 سال تجربه کاری در زمینه روان‌درمانی بود. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، یکی از اعضای تیم تحقیق که وظیفه جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشت، با مراجعه به مراکز روان‌درمانی، ضمن تشریح کامل اهداف تحقیق، در صورت تمایل روان‌درمانگران، آن‌ها را برای مصاحبه دعوت می‌کرد. مصاحبه‌ها در دفاتر کار آن‌ها و با تعیین وقت قبلی انجام گرفت.

داده‌ها در این تحقیق با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته (semi structure) جمع‌آوری گردید. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ابزار مناسبی برای بررسی عمیق تجربیات مشارکت‌کنندگان بود و فضای مناسبی را برای بیان عقاید و نگرش‌های آن‌ها فراهم می‌کرد. مصاحبه‌ها در ابتدا با عباراتی مانند "از تجربیات کار خود در زمینه روان‌درمانی برای ما صحبت کنید" و "به نظر شما چه علل و عواملی موجب خروج درمانجویان از روان‌درمانی می‌شوند؟" شروع می‌شد و مسیر مصاحبه براساس پاسخ‌های آن‌ها تعیین می‌گردید. مدت مصاحبه‌ها از 60-90 دقیقه بود و همه مصاحبه‌ها ضبط شدند. انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها (Data saturation) یعنی زمانی که مفهوم و یا درون مایه دیگری به مفاهیم اضافه نشود، ادامه یافت. در این تحقیق اشباع پس از انجام 10 مصاحبه حاصل شد و دو مصاحبه آخر برای اطمینان از اشباع انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی (conventional content analysis) و با استفاده از روش Graneheim و Lundman (16) در طی مراحل زیر انجام شد. ابتدا مصاحبه‌های ضبط‌شده کلمه به کلمه دست‌نویس شدند. سپس به‌منظور آشنایی (Familiarization) با متن مصاحبه‌ها، متن آن‌ها چندبار روخوانی شد و برداشت کلی از متن مصاحبه یادداشت شد. در مرحله بعد، محقق مجدداً متن مصاحبه‌ها را

خطبه‌خط خوانده و زیر جملات مهم خط کشید و واحدهای معنایی را مشخص نمود. سپس کدهای مرتبط به این واحدها اختصاص داده شد. کدهای استخراج شده بر اساس مشابهت در زیرطبقه (Subcategory) که از سطوح متفاوت انتزاع برخوردار است نام‌گذاری شدند. چند زیرطبقه برحسب حداقل یک ویژگی مشترک در یک طبقه قرار داده شدند که بخش پایه تجزیه و تحلیل محتوا هستند. درون طبقات بیشترین همگونی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشت (17).

در این تحقیق برای اطمینان از صحت و دقت داده‌ها از چهار ملاک پیشنهاد شده اعتبارپذیری (credibility)، تاییدپذیری (conformability)، اعتمادپذیری (dependability) و قابلیت انتقال (transferability) توسط Lincoln و Guba استفاده شد (18).

برای اعتبارپذیری داده‌ها از شیوه تلفیق (triangulation) استفاده شد. علاوه بر مصاحبه، استفاده از یادداشت‌های در عرصه (field note) به‌عنوان یک منبع اضافه دیگر برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. همچنین وجود تخصص‌های مختلف (روانپزشک، محقق روش تحقیق کیفی) در تیم تحقیق اعتبارپذیری داده‌ها را افزایش داد. علاوه بر این مقایسه مداوم داده‌ها (constant comparison) و درگیری مداوم (prolonged engagement) محقق با داده‌ها موجب اعتبارپذیری داده‌ها شد. در این تحقیق پژوهشگر بیش از ده سال با مشارکت‌کنندگان در ارتباط بود. درگیری مداوم با مشارکت‌کنندگان موجب جلب اعتماد آن‌ها برای شرکت در تحقیق و همچنین درک تجربیات آن‌ها توسط پژوهشگر می‌گردید.

همچنین برای اعتمادپذیری داده‌ها (قابلیت اعتماد) آنالیز انجام‌شده به مشارکت‌کنندگان عودت داده شد و نظرات آن‌ها در مورد صحت آنالیز اعمال گردید (member check). جلسات هفتگی تیم تحقیق و بحث و تبادل نظر در مورد اطلاعات جمع‌آوری‌شده (peer check) نیز برای اعتمادپذیری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

حفظ مستندات مربوط به تحقیق و علاقه شخصی محقق به موضوع موجب تأییدپذیری داده‌ها گردید. همچنین برای انتقال‌پذیری داده‌ها مراحل انجام تحقیق به‌طور کاملاً مبسوط شرح داده شده است و امکان این که محقق دیگری بخواهد این تحقیق را ادامه دهد، فراهم شده است.

این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و کسب مجوز از کمیته اخلاق این دانشگاه (شماره 14559 مورخ 92/4/18) انجام شد. ملاحظات اخلاقی شامل ارایه اطلاعات کامل و شفاف در رابطه با هدف تحقیق، کسب اجازه در مورد استفاده از ضبط صوت در طی مصاحبه برای کلیه مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شد. اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن نام و اطلاعات شخصی آن‌ها در گزارشات منتشر شده از این تحقیق و پاک کردن فایل صوتی و یا متن مصاحبه در صورت درخواست آن‌ها از دیگر ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده پژوهش بود.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق 12 روان‌درمانگر (3 زن و 9 مرد) با میانگین سنی $42/2 \pm 5/65$ بودند. 7 نفر از

این مشارکت‌کنندگان روانشناس و مابقی روانپزشک بودند و میانگین سابقه کار آن‌ها $12/5 \pm 7/1$ سال بود. پنج طبقه اصلی استخراج شده در این تحقیق شامل سایه مشکلات اقتصادی بر روان‌درمانی، باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان‌درمانی، سهل و ممتنع بودن روان‌درمانی، ساختار ناهموار آموزش و نظارت بر روان‌درمانی و سیستم نامناسب ارجاع در روان‌درمانی بود. در مجموع 5 طبقه و 12 زیرطبقه استخراج شدند (جدول 1). در زیر به شرح این طبقات و زیرطبقات می‌پردازیم.

سایه مشکلات اقتصادی بر روان‌درمانی: مشارکت‌کنندگان در این تحقیق معتقد بودند که مشکلات اقتصادی یکی از علل خروج از روان‌درمانی است. این مشکلات در دو زیر طبقه مشکلات اقتصادی در درمانجویان و مشکلات اقتصادی در روان‌درمانگران طبقه‌بندی شدند.

مشکلات اقتصادی در درمانجویان: مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند از آن‌جا که بیماری‌های روانپزشکی و در نتیجه نیاز به خدمات درمانی مانند روان‌درمانی در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه بیشتر وجود دارد و از آن‌جا که انجام روان‌درمانی به جلسات طولانی نیاز دارد

جدول 1- طبقات و زیرطبقات اصلی استخراج‌شده

زیرطبقات	طبقات اصلی
مشکلات اقتصادی در درمانجویان	سایه مشکلات اقتصادی بر روان‌درمانی
مشکلات اقتصادی در درمانگران	
باورهای منفی	باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان‌درمانی
انتظارات غیرمنطقی	
عام شدن دانش روانشناسی	سهل و ممتنع بودن روان‌درمانی
تشابه روان‌درمانی با مکالمات روزمره	
دسترسی سخت به روان‌درمان‌های تخصصی	
دست و پاگیر بودن روان‌درمانی	
ضعف در آموزش روان‌درمانی	ساختار ناهموار آموزش و نظارت در روان‌درمانی
ضعف در نظارت بر روان‌درمانی	
زمان نامناسب ارجاع	سیستم ارجاع نامناسب در روان‌درمانی
نحوه نامناسب ارجاع	

و همه بیمه‌های درمانی این خدمات را تحت پوشش خود قرار نمی‌دهند، پرداخت هزینه برای درمانجویان سخت بوده و به‌همین دلیل درمان خود را قطع می‌کنند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت:

"واقعیت اینه که ما بیماری‌های روانی را در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه می‌بینیم و خوب برای این افراد شرکت در روان‌درمانی که نیاز به جلسات طولانی داره سخته، وقتی به بیمار می‌گویی که برای درمان وسواس حداقل باید بیست جلسه بیایی، میگه برام سخته و نمی‌تونم این جلسات را بپام." (م 7 کارشناس ارشد روانشناسی)

اضافه شدن هزینه‌های دیگری مانند هزینه رفت و آمد برای مراجعینی که از شهر دیگری برای روان‌درمانی مراجعه می‌کنند، از دیگر مواردی بود که مشارکت‌کنندگان در توضیح مشکلات اقتصادی درمانجویان مطرح می‌کردند.

مشکلات اقتصادی در درمانگران: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که تعرفه‌های دریافتی برای روان‌درمانی در مقایسه با تعرفه‌های سایر خدمات درمانی و همچنین با در نظر گرفتن وقت و زمان و انرژی روانی لازم برای انجام روان‌درمانی و همچنین هزینه‌های مربوط به اجاره و نگهداری مطب و مکان روان‌درمانی اندک بوده و موجب می‌شود که روان‌درمانگران با خستگی و فرسودگی روانی مواجه باشند و به‌همین دلیل گاهی در ارتباط با خود با درمانجویان به‌طور ناخودآگاه به‌گونه‌ای رفتار کنند که موجبات خروج از درمان را فراهم کند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت:

"در روان‌درمانی حداقل باید نیم‌ساعت وقت بگذاری و فکر و ذهنت کاملاً درگیر باشه و تازه وارد مبانی کار بشوی. خب این خیلی سخته و حسابش را بکنید که در طول روز چند مورد میشه مریض دید. تعرفه‌ای که در نظر گرفته شده واقعا متناسب با کاری که انجام میشه نیست." (م 3 کارشناس ارشد روانشناسی)

مشارکت‌کنندگان همچنین معتقد بودند که مشکلات

اقتصادی در درمانجویان گاهی سبب می‌شود که روان‌درمانگران مجبور شوند که به جای درمان‌های طولانی‌مدت‌تر از درمان‌های کوتاه‌تر استفاده کنند که ممکن است از کارایی درمان‌های طولانی‌مدت برخوردار نباشد و این مسأله نیز در خروج از درمان مؤثر باشد.

باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان‌درمانی براساس یافته‌های این تحقیق، وجود باورها و انتظارات نادرست درمانجویان، خانواده‌ها و محیط زندگی آن‌ها از دیگر علل خروج از درمان بود که در دو زیرطبقه باورهای منفی و باورها و انتظارات غیرمنطقی تقسیم بندی شدند.

باورهای منفی: باورها و نگرش‌های منفی نسبت به بیماری‌های روانی و درمان‌های مرتبط با آن‌ها از جمله روان‌درمانی یکی از علل خروج از درمان بود. مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند که هنوز در برخی از افراد جامعه، این باور وجود دارد که بیماری‌های روانی قابل درمان نیستند و درمان‌هایی مانند روان‌درمانی نیز نمی‌توانند مفید باشند. این باورها که معمولاً در اطرافیان درمانجویان وجود دارد، مانعی برای ادامه درمان گزارش شدند.

باورهای منفی ناشی از عدم وجود ذهنیت روانشناختی مانند این که چون در روان‌درمانی فقط از کلام و گفتار استفاده می‌شود، پس این درمان نمی‌تواند مفید باشد، از دیگر مواردی بود که مشارکت‌کنندگان به‌عنوان علت خروج از درمان مطرح می‌کردند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت:

"افراد شاید به این واقعیت اعتقاد نداشته باشند که واژه‌ها و کلمات باعث تغییر و درمان می‌شوند. گاهی ما از مراجعین می‌شنویم که می‌گویند که ما فقط حرف زدیم و یا حتی گاهی می‌گویند رفتیم گفتاردرمانی. خب این فرهنگ باید تغییر کند." (م 1 روانپزشک)

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق همچنین عنوان می‌کردند که این باورها بر مسائل اقتصادی نیز تاثیرگذار است و باعث می‌شود تا درمانجویان به‌راحتی برای

روان‌درمانی هزینه نکنند و جلسات درمانی خود را ادامه ندهند.

انتظارات غیرمنطقی: مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند که وجود این توقع در درمانجویان که روان‌درمانی می‌تواند مشکلات آن‌ها را خیلی سریع و معجزه‌آسا حل کند، موجب می‌شود که این افراد پس از حضور در جلسات روان‌درمانی، چون این جلسات را در راستای انتظارات خود نمی‌بینند، درمان را ترک کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت:

"خیلی وقت‌ها ما می‌بینیم که فرد در همان جلسه اول از ما می‌پرسد که به نظر شما من باید چکار کنم؟ یعنی می‌خواهد که ما به جای او تصمیم بگیریم؟ و می‌خواهند که به‌طور magical مشکلاتشان حل شود و عملاً ما نمی‌توانیم این کار را انجام بدهیم و این می‌تواند یک علت قطع درمان باشد." (م 12 کارشناس ارشد روانشناسی)

سهل و متمتع بودن روان‌درمانی

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق معتقد بودند که روان‌درمانی در جامعه فعلی از جایگاه متناسب با خود برخوردار نیست و این عدم تناسب جایگاه در خروج از درمان مؤثر است. این طبقه در چهار زیرطبقه عام شدن دانش روانشناسی، تشابه روان‌درمانی با مکالمات روزمره، دسترسی سخت به روان‌درمانی و دست و پاگیر بودن روان‌درمانی طبقه‌بندی گردید.

عام شدن دانش روانشناسی: مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند که در سال‌های اخیر عام شدن دانش روانشناسی در جامعه موجب شده است که این رشته جایگاه خود را در جامعه از دست بدهد. آن‌ها معتقد بودند که انتشار بیش از حد مطالب روانشناسی در رسانه‌های جمعی (رادیو و تلویزیون)، اینترنت، کتاب‌ها و دسترسی اکثریت افراد به این منابع موجب شده است که افراد خود را فردی مطلع و آگاه در زمینه روانشناسی و روان‌درمانی بدانند و تکرار بعضی از واژه‌ها و اصطلاحات آشنا برای آن‌ها در طی جلسات روان‌درمانی

این ذهنیت را برای آن‌ها ایجاد می‌کند که روان‌درمانی مطلب تازه‌ای برای آن‌ها ندارد و آن‌ها نیازی به ادامه این جلسات ندارند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت:

"یک قسمت برمی‌گردد به منابعی که در اختیار مردم قرار می‌گیرد، یک سری اطلاعات عامیانه از روانشناسی، که مردم هم فکر می‌کنند، روان‌درمانی همین است و درمانگر چیزی برای گفتن ندارد. می‌گویند همین‌هایی است که ما قبلاً شنیدیم." (م 6 دکترای روانشناسی)

تشابه روان‌درمانی با مکالمات روزمره: انجام روان‌درمانی‌های ساده و حمایتی که در قالب مکالمات و روابط روزمره افراد صورت می‌گیرد، به‌عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر بر خروج از درمان معرفی گردید. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه می‌گفت:

در جامعه ما ابتدای طیف که روان‌درمانی‌های سبک و حمایتی و نیاز به تخلیه هیجانی هستند، خودبه‌خود در حال انجام است. افراد ممکن است با یک دوست خیلی راحت و بدون نگرانی درد دل کنند و راحت تخلیه شوند، بدون این که هزینه‌ای هم پرداخت کنند. طبیعتاً این موارد از درمان drop out می‌شوند." (م 11 روانپزشک)

دسترسی سخت به روان‌درمانی: مشارکت‌کنندگان در این تحقیق معتقد بودند، دسترسی به روان‌درمانی‌های تخصصی و یا روان‌درمانگرانی که در یک زمینه و با یک رویکرد خاص کار می‌کنند، برای همه درمانجویان امکان‌پذیر نیست. آن‌ها معتقد بودند که این مسأله باعث می‌شود که درمانجویان جلسات درمانی خود را با درمانگرانی که نمی‌توانند بر روی مشکلات خاص آن‌ها کار کنند، ادامه ندهند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "ما طیفی از مراجعین را داریم که با مشکلات متفاوتی مراجعه می‌کنند، طبیعتاً یک درمانگر جوابگوی همه این مشکلات نیست. ما درمانگرانی که به‌طور اختصاصی بر روی یک اختلال خاص کار کنند کم داریم و من گاهی مراجعین خودم را به اساتیدم در تهران ارجاع می‌دهم." (م 12 کارشناس ارشد روانشناسی)

دست و پاگیر بودن روان‌درمانی: روند طولانی مدت

که مشارکت کنندگان در این تحقیق در رابطه با ضعف در آموزش در روان درمانی مطرح می کردند.

ضعف در نظارت بر روان درمانی: مشارکت کنندگان در این تحقیق عنوان می کردند که در حال حاضر نظارتی بر خدمات روان درمانی وجود ندارد و این مسأله می تواند در کیفیت ارائه خدمات و خروج از درمان مؤثر باشد. صدور مجوز برای کلیه دارندگان مدارک رشته های روانشناسی یکی از مسایل مطرح شده در این زمینه بود. یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه می گفت:

"نظام روانشناسی نظام نوپایی است. مدرک کارشناسی ارشد هر رشته ای را مجوز فعالیت می دهند و مجوز حیطه فعالیت را مشخص نمی کند و برای همه می زنند روانشناسی، حالا این روانشناس مثلاً روانشناسی تربیتی است که حیطه کاری آن در مدارس و آموزشگاه ها است ولی در این جا تحت عنوان روانشناس مشغول به روان درمانی است و او اصلاً اختلالات را نمی شناسد چه برسد به این که بخواهد روان درمانی انجام دهد. (م 6 دکترای روانشناسی)

عده ای از مشارکت کنندگان نیز عنوان می کردند که نحوه گزینش توسط نظام روان پزشکی که بر پایه مصاحبه با افراد است نمی تواند مبنای مناسبی برای صدور مجوز باشد و این مسأله با در نظر گرفتن این که هیأت مصاحبه کننده ممکن است از خود شهر مورد نظر هم نباشند، بیشتر اهمیت پیدا می کند.

سیستم ارجاع نامناسب در روان درمانی

مشارکت کنندگان در این تحقیق مشکلاتی که در سیستم ارجاع درمانجویان به روان درمانی وجود دارد را به عنوان یکی از علل خروج از درمان ذکر می کردند. این طبقه دارای دو زیر طبقه ضعف زمان نامناسب ارجاع و نحوه نامناسب ارجاع بود.

زمان نامناسب ارجاع: مشارکت کنندگان عنوان می کردند که ارجاع دیر هنگام درمانجو به روان درمانی توسط روانپزشکان و یا سایر پزشکان می تواند شرایطی را به وجود آورد که در پیچیده شدن و یا مزمن شدن مشکل

روان درمانی که به صرف وقت و هزینه نیاز دارد و همچنین لزوم مشارکت فعال درمانجو در روند درمان به عنوان یکی دیگر از علل خروج از درمان مطرح شد.

"روان درمانی با درمان های دیگر فرق دارد، فرد باید فعالانه در درمان شرکت کند، تکلیف انجام دهد و گاهی بعضی از تغییرات را که دلخواهش نیست در خودش ایجاد کند و طبیعتاً همه افراد ممکن است نتوانند این شرایط را تحمل کنند. (م 5 روانپزشک)

ساختار ناهموار آموزش و نظارت بر روان درمانی: مشارکت کنندگان در این تحقیق ساختار ناهموار آموزش و نظارت بر روان درمانی را یکی دیگر از علل خروج از درمان معرفی می کردند. این طبقه خود دارای دو زیر طبقه ضعف در آموزش روان درمانی و ضعف در نظارت بر روان درمانی بود.

ضعف در آموزش روان درمانی: مشارکت کنندگان عنوان می کردند، محتوای آموزش در دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی نمی تواند دانش و مهارت پایه برای روان درمانی را در فارغ التحصیلان رشته های مرتبط از جمله روانشناسان فراهم کند و این موضوع ممکن است کیفیت خدمات روان درمانی را تحت تأثیر قرار دهد و بر خروج از درمان مؤثر باشد. مشکل در دسترسی به اساتید، کتاب ها و منابع معتبر مربوط به روان درمانی به ویژه در دانشگاه های شهرهای کوچک از جمله مواردی بود که در طی مصاحبه ها مطرح می گردید.

"واقعیت اینه که گاهی در کار ما درمانگران ضعف وجود دارد و آن هم به سیستم آموزشی برمی گردد. مثلاً من خودم احساس می کنم که در دوران کارشناسی خیلی چیزی از روان درمانی یاد نگرفتم، ما به خیلی از کتاب های خوب در این زمینه دسترسی نداشتیم و یا کارگاه هایی که در این زمینه برگزار بشه خیلی کم بود." (م 8 کارشناس ارشد روانشناسی)

عدم هماهنگی بین محتوای آموزش در دانشگاه ها و نیازهای فعلی جامعه و همچنین متناسب نبودن روان درمانی ها با فرهنگ درمانجویان از دیگر مواردی بود

به بیمار و درمانگر پرداخته‌اند. گرچه یافته‌های این تحقیق از جنبه‌هایی مانند مشکلات اقتصادی، باورها و انتظارات با این تحقیقات همخوانی دارد اما در برخی از موارد مانند آنچه که در طبقه سهل و ممتنع بودن روان‌درمانی آمده است متفاوت می‌باشد که این تفاوت با توجه به ساختار فرهنگی متفاوت قابل توجیه می‌باشد. در عین حال مطالعات بعدی در این زمینه می‌تواند در ارایه ساختار مفهومی متناسب با فرهنگ کمک‌کننده باشد. در زیر ما به بحث بیشتر در مورد یافته‌های این تحقیق می‌پردازیم.

سایه مشکلات اقتصادی بر روان‌درمانی مشکلات اقتصادی درمانجویان و درمانگران را که در بروز خروج از روان‌درمانی مؤثر بودند توصیف می‌کرد. نقش مشکلات اقتصادی درمانجویان در بروز خروج از درمان در تحقیقات گذشته نیز مطرح شده است (3، 10 و 13). در این تحقیقات مشکلات اقتصادی و طبقه اقتصادی اجتماعی پایین به عنوان پیشگوهای خروج از درمان گزارش شده‌اند. نکته قابل توجه در نتایج این تحقیق تأثیر مشکلات اقتصادی بر درمانگران است که در متون مربوطه مورد توجه قرار نگرفته است. بر اساس یافته‌های این تحقیق مشکلات اقتصادی در درمانگران نیز می‌تواند بر خروج از روان‌درمانی مؤثر باشد. از آن‌جا که روان‌درمانگران یکی از ارکان اصلی روان‌درمانی هستند، توجه به این جنبه از تأثیرات مشکلات اقتصادی بر خروج از روان‌درمانی حایز اهمیت می‌باشد. از طرف دیگر کاهش مشکلات مربوط به عدم پوشش خدمات روان‌درمانی توسط بیمه‌ها، تصویب تعرفه‌های مناسب و ارایه خدمات روان‌درمانی در مؤسسات دولتی می‌تواند در کاهش مشکلات اقتصادی منجر به خروج از روان‌درمانی مؤثر باشد.

نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که باورها و انتظارات غیرمنطقی یکی از علل خروج از درمان هستند. این باورها و انتظارات که در طیفی از باورهای منفی تا انتظارات غیرمنطقی وجود داشتند و در واقع به کم برآورد کردن و بیش‌برآورد کردن تأثیرات روان‌درمانی

درمانجو مؤثر باشد و شرایط انجام روان‌درمانی را سخت‌تر کند و این مسأله موجب خروج از درمان شود. "شاید اگر فرد به موقع ارجاع داده‌شود، بهتر می‌توان روی مشکل او کار کرد، اما وقتی که به دلیل مشکل اولیه مشکلات دیگری هم اضافه شوند، کار سخت‌تر می‌شود." (م 10 دکترای روانشناسی)

مشارکت‌کنندگان همچنین عنوان می‌کردند که ارجاع زودهنگام درمانجویانی که در فاز حاد بیماری هستند نیز می‌تواند در خروج از درمان مؤثر باشد.

نحوه نامناسب ارجاع: براساس مصاحبه‌های انجام‌شده، چگونگی ارجاع درمانجویان به روان‌درمانی نیز از عوامل مؤثر بر خروج از روان‌درمانی است. مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند که منبع ارجاع‌دهنده درمانجویان می‌تواند در انگیزش آن‌ها برای ادامه و یا خاتمه دادن به درمان مؤثر باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت:

"من در تجربه کاری خودم دیدم که اگر بیمار خودش مراجعه کند، انگیزه بیشتری برای ادامه دارد تا زمانی که از طرف سیستم‌های قضایی و یا حتی خانواده و دوستانش ارجاع داده شود." (م 2 دکترای روانشناسی)

بحث

براساس تجربیات مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، پنج طبقه اصلی به عنوان علل خروج از روان‌درمانی استخراج شدند. این طبقات که شامل سایه مشکلات اقتصادی بر روان‌درمانی، باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان‌درمانی، سهل و ممتنع بودن روان‌درمانی، ساختار ناهموار آموزش و نظارت در روان‌درمانی و سیستم نامناسب ارجاع در روان‌درمانی بودند، اهمیت توجه به این پدیده را از ابعاد مختلف روشن ساخت. نقش عوامل مختلف در بروز خروج از درمان در تحقیقات گذشته نیز مورد تأکید قرار گرفته است (3 و 12). این مطالعات به طبقه‌بندی عوامل مؤثر به خروج از درمان در قالب مفاهیمی مانند عوامل مستعدکننده، مربوط

اشاره داشت، مانع از ادامه درمان توسط درمانجویان می‌گردید. نقش باورهای منفی نسبت به بیماری‌های روانی و درمان‌های مرتبط توسط Hampton و همکاران (2007) نیز گزارش شده است (19). به‌نظر می‌رسد باورهای منفی نسبت به روان‌درمانی که تأثیرات مثبت روان‌درمانی را نادیده می‌گیرد با تأثیر بر انگیزش بیماران بر خروج از درمان موثر است. بنابراین ارایه اطلاعات و آموزش صحیح در رابطه با بیماری‌های روانی و درمان‌های در سطح جامعه می‌تواند در تصحیح این باورها و انتظارات مؤثر باشد.

از طرف دیگر انتظارات غیرمنطقی نسبت به روان‌درمانی مانند مشاهده تأثیرات قابل توجه در زمان کوتاه، جنبه دیگری از باورها و انتظارات نادرست نسبت به روان‌درمانی بود که به اعتقاد مشارکت‌کنندگان موجب خروج از درمان می‌گردید. ارتباط مثبت بین توقعات بیمار و نتیجه روان‌درمانی در تحقیقات گذشته مورد تأکید قرار گرفته است (20-23)، این تحقیقات به نقش امیدواری در بهبود نتیجه درمان تأکید داشته‌اند. به‌نظر می‌رسد، توافق اولیه در رابطه با اهداف درمانی و انتظارات منطبق بر اهداف می‌تواند در اصلاح انتظارات غیرمنطقی نسبت به درمان مؤثر باشد. درعین حال آن‌گونه که توسط Linda و همکاران (2007) پیشنهاد شده است، انجام تحقیقات کیفی به‌منظور تبیین جنبه‌های مختلف انتظارات درمانجویان ضروریست (23).

سهل و ممتنع بودن روان‌درمانی یکی دیگر از طبقات استخراج‌شده در این تحقیق بود. براین اساس روان‌درمانی در جامعه ما از جایگاه مناسب خود برخوردار نیست. عام‌شدن دانش روانشناسی و دراختیار قرارگرفتن اطلاعات روانشناسی از طریق تلویزیون، کتاب و اینترنت که موجب شده است مردم خود را مطلع و بی‌نیاز از روان‌درمانی بدانند و همچنین تشابه روان‌درمانی با مکالمات روزمره، دو زیرطبقه از این طبقه بود که در مطالعات گذشته به آن اشاره‌ای نشده است. در واقع این برداشت اشتباه وجود دارد که این اطلاعات می‌تواند

جایگزین جلسات روان‌درمانی گردد. به‌نظر می‌رسد ارایه اطلاعات صحیح در مورد جایگاه این برنامه‌ها می‌تواند در تصحیح این برداشت مؤثر باشد.

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق همچنین سختی در دسترسی به روان‌درمانگران متخصص در زمینه‌های خاص را نیز یکی از علل خروج از درمان می‌دانستند. در این رابطه نیز به‌نظر می‌رسد تشکیل بانک اطلاعاتی روان‌درمانگران می‌تواند در کاهش این مشکل مفید باشد. اما زیرطبقه دست و پاگیربودن روان‌درمانی که نیاز به صرف وقت و مشارکت فعال در روان‌درمانی را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر خروج از روان‌درمانی مطرح می‌کرد، در واقع به تخصصی بودن این درمان و ماهیت متمایز آن اشاره داشت. در این رابطه نیز آماده‌سازی درمانجو برای این نوع درمان که هم باید از طرف منبع ارجاع‌دهنده صورت بگیرد و هم در جلسات اولیه روان‌درمانی مورد توافق قرار بگیرد، می‌تواند در بهبود مشارکت درمانجو مؤثر باشد.

ساختار ناهموار آموزش و نظارت بر روان‌درمانی یکی دیگر از علل خروج از درمان بود. براساس این طبقه ساختار آموزش و نظارت در جامعه کنونی ما از آمادگی کافی برای آموزش و نظارت بر روان‌درمانی برخوردار نیست و این مسأله می‌تواند با تأثیر بر کیفیت روان‌درمانی موجب خروج از روان‌درمانی شود. همان‌طور که در قسمت یافته‌ها عنوان گردید، ساختار آموزش فعلی برای کسب مهارت‌های لازم در روان‌درمانگران مناسب نبوده و همین مسأله باعث می‌شود تا درمانگران نتوانند اعتماد درمانجویان را برای ادامه درمان جلب نمایند. گرچه گزارش‌های محدودی در رابطه با تأثیر آموزش درمانگران بر روند روان‌درمانی وجود دارد، اما درمان موفق به‌عنوان یک ساختار هماهنگ و پیوسته که بر تقویت مهارت‌های درمانگران تأکید می‌کند، معرفی می‌شود. در واقع آموزش درمانگران در رابطه با آن‌چه که می‌خواهند تغییر بدهند و چگونه این تغییرات را اندازه‌گیری نمایند، می‌تواند یکی از راهکارهای مفید در این رابطه باشد (24 و 25).

سیستم‌های ارجاع‌دهنده، راهبردهایی مانند بحث در مورد روند درمان، برقراری ارتباط و توافق درمانی با درمانجو می‌تواند در ایجاد انگیزش و جلوگیری از خروج از درمان مؤثر باشد (27).

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق به‌عنوان اولین تحقیق کیفی در رابطه با علل خروج از روان‌درمانی در ایران توانست علل خروج از روان‌درمانی را از دیدگاه روان‌درمانگران تبیین نماید. براساس نتایج این تحقیق، علل خروج از روان‌درمانی از ابعاد اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی برخوردار است. از آن‌جا که نتایج این تحقیق بر اساس دانش و تجربه روان‌درمانگران بوده است، توجه به این ابعاد در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارائه خدمات روان‌درمانی به‌ویژه با تأکید بر مسأله خروج از روان‌درمانی پیشنهاد می‌گردد.

محدودیت‌ها

این تحقیق براساس تجربیات روان‌درمانگران به تبیین عوامل مؤثر بر خروج از روان‌درمانی پرداخته است. گرچه روان‌درمانگران به‌عنوان ارائه‌دهندگان این خدمات از تجربه و دانش کافی در رابطه با پدیده مورد مطالعه برخوردار هستند، اما بررسی این پدیده از دیدگاه درمانجویان به‌عنوان دریافت‌کنندگان این خدمات نیز ضروریست. بنابراین تحقیقات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان در این تحقیق که تجربیات خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ضعف در نظارت بر کار روان‌درمانگران یکی دیگر از ابعاد ساختار ناهموار روان‌درمانی بود که براساس آن نظارت ناکافی بر کار روان‌درمانگران به‌عنوان یکی از علل خروج از روان‌درمانی مطرح شده بود. بدیهی است وجود سیستم‌های نظارتی و اعمال دستورالعمل‌های تعیین‌شده توسط سازمان‌های ذیربط می‌تواند در این رابطه کمک‌کننده باشد.

همان‌طور که قبلاً گفته شد سیستم نامناسب ارجاع در روان‌درمانی یکی دیگر از طبقات استخراج شده در این تحقیق بود که خود از دو زیرطبقه زمان نامناسب ارجاع و نحوه نامناسب ارجاع تشکیل شده بود. مواردی مانند تأخیر و یا تعجیل در زمان ارجاع که به مشکلات همکاری متقابل روان‌درمانگران (غیر روانپزشک) و روانپزشکان در ارجاع مناسب بیماران اشاره داشت یکی دیگر از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان در این تحقیق بر آن تأکید داشتند. بدیهی است ارجاع به‌موقع می‌تواند در کسب نتایج بهتر از روان‌درمانی و در نتیجه پیشگیری از خروج از درمان مؤثر باشد. به‌نظر می‌رسد آن‌گونه که توسط Chiles و همکاران پیشنهاد گردیده است همکاری و هماهنگی همراه با اعتماد بین مثلث درمانجو، روان‌درمانگر (غیرپزشک) و روانپزشک برای یک سیستم ارجاع موفق ضروریست (26).

نحوه نامناسب ارجاع که به ارجاع درمانجویان بدون آماده‌سازی و ایجاد انگیزش در آن‌ها و توسط سیستم‌هایی مانند سیستم‌های قضایی و یا حتی خانواده‌ها اشاره داشت، نیز به‌عنوان یکی از دلایل خروج از درمان مطرح گردید. در واقع مشارکت‌کنندگان ارجاع همراه با اجبار و بدون انگیزه درمانجو را عاملی برای خروج از درمان می‌دانستند. به‌نظر می‌رسد، از آن‌جا که انگیزه درمانجو برای درمان در روان‌درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است، علاوه بر اهمیت آماده‌سازی اولیه درمانجو توسط

References

1. Gilbert P. Psychotherapy and counseling for depression. 3rd edition. London: Sage publication. 2007;147-72
2. Westmacott R, Hunsley J, Best M, Rumstein-McKean O, Schindler D. Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. Psychother Res. 2010;20(4):423-35

3. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chic)*. 2008;45(2):247-67.
4. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull*. 1975;82(5):738-83.
5. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000;176:160-5.
6. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implications for primary care. *The British Journal of General Practice* 1999;49(448):880—83
7. Reneses B, Muñoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry* 2009;8:173-77
8. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:426-33.
9. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:276-82.
10. Rossi, A, F. Amadeo, G. Bisoffi, M. Ruggeri, G. Thornicroft, and M. Tansella. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services: *The British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 331-38.
11. 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. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:845-51.
12. Roos, J, and A. Werbart, Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review: *Psychotherapy Research* 2013; 23: 394-418.
13. Khazaie H, Rezaie L, D M. de Jong. Dropping out of outpatient psychiatric treatment : a Preliminary report of a 2- year follow –up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran – *General Hospital psychiatry*. 2012;35: 314- 319
14. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, 2nd ed., Thousand Oaks, USA: Sage Publications; 1998.101-3
15. Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.140-154
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105–112.
17. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(1): 107-15.
18. Guba EG. ERIC/ECTJ annual review paper: criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Education Communication and Technology* 1981;29(2):75–91. <http://www.jstor.org/stable/30219811>
19. Hampton NZ, Yeung T, Nguyen CH. Perceptions of mental illness and rehabilitation services in Chinese and Vietnamese Americans. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 2007; 40(2), 5–12
20. Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2006;37(3):247-55.
21. Greenberg RP, Constantino MJ, Bruce N. Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* 2006;26(6):657-78.
22. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social science & medicine* 2001;52(7):985-98.
23. Linde K, Witt CM, Streng A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Brinkhaus B, et al. The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain* 2007;128(3):264-71.
24. Beardsley K, Wish ED, Fitzelle DB, O'Grady K, Arria AM. Distance traveled to outpatient drug treatment and client retention. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003;25(4):279-85.
25. Boswell JF, Castonguay LG. Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2007;44(4):378-383
26. Castonguay LG. A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000;10(3):263-82.
27. Chiles JA, Carlin AS, Benjamin GAH, Beitman BD. A physician, a nonmedical psychotherapist, and a patient: the pharmacotherapy-psychotherapy triangle. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* Washington (DC): American Psychiatric Association 1991:105-18.
28. Dolley T, Hampton J. Ideal and Actual Referral Choices for Mental Health Problems in Primary Care. *Counseling Psychology* 2003;18(1).20-33.