

مراجعات دشوار و چالش‌های آنان از دیدگاه درمانگران ایرانی

فرناز عباس یزدیان^۱، فهیمه باهنر^۲

چکیده

این پژوهش با هدف شناسایی تجارب درمانگران ایرانی از مراجعات دشوار و واکاوی چالش‌ها و مشکلات آنان انجام شد. روش پژوهش حاضر کاربردی و از نوع کیفی پدیدارشناسی است. جمعیت مورد مطالعه این پژوهش شامل درمانگران فعال شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از نوع ملاکی بود و تا مرز اشباع و نهایتاً انتخاب ۱۷ درمانگر ادامه یافت و با شرکت‌کنندگان مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون کلایزی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به شناسایی ۲ مضمون گزینشی، ۸ مضمون محوری و ۴۷ مضمون باز منجر شد. مضمون دیدگاه‌های مختلف پیرامون مراجعات دشوار عبارت‌اند از: دیدگاه بین‌فردی، دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی، دیدگاه رفتاری و دیدگاه روانکاوی. مضمون چالش‌های مراجعات دشوار نیز عبارت‌اند از: چالش‌های فرهنگی، چالش‌های فرایند درمان، چالش‌های درمانگر و چالش‌های اختتام درمان. در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که وجود مراجعات دشوار در مسیر درمان می‌تواند چالش‌های متعددی و متفاوتی به وجود آورد که مستلزم توجه درمانگران برای کاهش فشار روانی در برخورد با مراجعات دشوار است.

کلمات کلیدی: مراجع دشوار، چالش‌ها، درمانگران، جامعه ایران

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

۲. دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

(نویسنده مسئول) Fahime. bahonar@edu. ui. ac. ir

Difficult clients and their challenges from the perspective of Iranian therapists

Farnaz abbas Yazdian¹, Fahimeh Bahonar²

Abstract

This research was conducted with the aim of identifying the experiences of Iranian therapists with difficult clients and analyzing their challenges and problems. The present research method is applied and qualitative type of phenomenology. The study population of this research included active therapists in Tehran in 2021-2022. Sampling was purposeful and continued until the saturation limit and finally 17 therapists were selected and the participants were subjected to semi-structured interviews. In order to analyze the data, the Colaizzi theme analysis method was used. Data analysis led to the identification of 2 selective themes, 8 central themes and 47 open themes. The content of different views about difficult clients are: interpersonal view, psychological and personality disorder view, behavioral view and psychoanalytic view. The themes of the challenges of difficult clients are also: cultural challenges, challenges of the treatment process, challenges of the therapist and challenges of ending the treatment. In sum, the results of this research showed that the presence of difficult clients in the course of treatment can create many different challenges that require attention from therapists to reduce psychological pressure in dealing with difficult clients.

Key words: Difficult client, Challenges, Therapists, Iranian society

1. Master of Clinical Psychology, Khatam University, Tehran, Iran.

2. Ph.D. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University Of Isfahan, Isfahan, Iran. (corresponding author) Email:Fahime. bahonar@edu. ui. ac. ir

مقدمه

مراجع دشوار^۱ چهره‌ای شناخته‌شده در بین انواع خدمات روان‌شناختی است. اصطلاح دشوار به عدم همکاری مراجع و درمانگر اشاره دارد، در واقع مراجع درخواست کمک و مراقبت می‌کند، اما به راحتی آنچه درمانگر پیشنهاد می‌کند، نمی‌پذیرد (کاتز^۲، ۲۰۱۳؛ بچلر و فریمن^۳، ۲۰۰۱). همچنین مراجع دشوار به طور نادرست به عنوان مراجعان «ناامید»^۴ و «پیچیده»^۵ شناخته شده‌اند، که به دلایل بالینی تبیین‌ناپذیری طلب مشاوره دارند. به طور کلی، مراقبت از مراجعان دشوار زمان‌بر است و درمانگران احساس ناراحتی، ناامیدی و گاهی بی‌کفایتی می‌کنند (ویلسون^۶، ۲۰۱۰). برخی درمانگران معتقدند که افراد دشوار ممکن است خود در سال‌های اولیه زندگی توسط افراد دشوار آزار و اذیت دیده باشند. فرد دشوار بعدها که بزرگ می‌شود عمیقاً دوسوگرا می‌شود، کمک می‌خواهد اما در عین حال از آن می‌ترسد. از نظر روان‌شناختی، فرسایشی بودن آن‌ها به دلیل دفاع در برابر نزدیکی و صمیمیت است، همچنین ترس از آسیب دیدن از سوی شخصی که از او کمک می‌خواهند. لذا مراجعانی که دشوار تلقی می‌شوند، اغلب با سبک‌های دلبستگی ناکارآمد مواجه‌اند (ماندر^۷ و همکاران، ۲۰۰۶) و در بخش آسیب‌پذیری‌های شخصیتی دچار مشکل‌اند (گردن^۸، ۲۰۰۱؛ مک‌کرون^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر درمانگران تجربیات منفی زندگی مراجعان اعم از سابقه رویداد بد، غفلت و فقر، و همچنین عدم حمایت اجتماعی را عواملی می‌دانند که در درک مراجع به عنوان مشکل نقش دارند (فیشر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). درمانگران اذعان می‌کنند که گاهی مشکل است که منظور آن‌ها از دشوار تعریف شود (کوین^{۱۱}، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر کار با مراجعان سخت و سرکش برای اکثر مشاوران خانواده و روان‌درمانگران یک چالش است (سوفتاس و هانا^{۱۲}، ۲۰۱۳).

1. difficult client
2. Katz
3. Batchelor & Freeman
4. Heartsink
5. Fatfolder
6. Wilson
7. Maunder
8. Greden
9. McCrone
10. Fischer
11. Quinn
12. Softas-Nall & Hanna

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در بیماران روان‌پزشکی به‌ویژه بیمارانی که بیش‌کافی درباره بیماری خود ندارند، تبعیت نکردن از درمان است. تبعیت نکردن از درمان مانعی مهم در اثربخشی درمان است. براساس مطالعات میزان تبعیت نسبی یا تبعیت نکردن از درمان، با در نظر گرفتن تمام اختلال‌های روان‌پزشکی بسیار متغیر و حداقل ۲۰ تا ۵۰ درصد است و این درصد در بیماران سایکوتیک حتی تا ۷۰ تا ۸۰ درصد هم گزارش شده است (وایتی و دویت^۱، ۲۰۰۵). این مراجعان تمایل به مقاومت در برابر متخصصان و درمانگران دارند. آن‌ها مهارت و تبحر، قابلیت و توانایی تشخیص دقیق و درمان را به چالش می‌کشند (کارانتا-لیچ و زاپوروژت^۲، ۲۰۲۱). اگر چالش دوگانه مقاومت و انتقال در مراجعان با اختلال شخصیت شدیدتر باشد، لذا درمانگران با هر گرایش درمانی باید به این مسئله توجه کنند که مانعی عمده در روان‌درمانی وجود دارد و تا برطرف نشود درمان پیش نمی‌رود (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۶). در این راستا می‌توان گفت، هر متخصصی ممکن است با چالش‌های مراجعان دشواری که دچار اختلالات شخصیت و همچنین مشکلات سبک دلبستگی هستند، مواجه شود (اسپری^۳، ۲۰۰۶). شیوع این مراجعان که کارکنان بالینی آن‌ها را دشوار در نظر می‌گیرند، می‌توان گفت از ۱۵٪ تا ۶۰٪ در محیط‌های بهداشت عمومی متفاوت‌اند (هن^۴، ۲۰۰۱؛ هن و همکاران، ۱۹۹۶؛ جکسون و کروئنک^۵، ۱۹۹۹) و از ۶٪ به ۲۸٪ در انستیتوهای روانپزشکی^۶ شایع‌اند (کوئلکوئیک^۷ و همکاران، ۲۰۱۱؛ مدستین^۸ و همکاران، ۱۹۸۶). در محیط‌های بهداشت روان، بیماران مبتلا به مشکلات شخصیتی، بخش درخور توجهی - ۳۲ تا ۴۶ درصد - از مراجعان دشوار را شامل می‌شود (کوئلکوئیک و همکاران، ۲۰۱۱). این درصدها در کشورهای در حال توسعه بالاتر است (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، استدلال شده است که دشوارترین بیماران احتمالاً دارای اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی^۹ هستند (سولزر^{۱۰}، ۲۰۱۵). بدین دلیل که در محیط‌های درمانی غیرتخصصی، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را معمولاً درمانگران و تیم‌های درمانی

1. Whitty& Devitt
2. Quaranta-Leech & Zaporozhets
3. Sperry
4. Hahn
5. Jackson & Kroenke
6. psychiatric institutions
7. Koekkoek
8. Modestin
9. borderline personality disorder
10. Sulzer

آنها افرادی متوقع^۱، پرخاشگر^۲، کنترل‌کننده^۳ و چسبنده^۴ در نظر می‌گیرند (بریل و وولم^۵، ۲۰۱۸؛ کلیری، زیگفرید، و والتر^۶، ۲۰۰۲؛ جیمز و کاومن^۷، ۲۰۰۷).

از جمله چالش‌های دیگر، ارتباطات و تجربیات بد گذشته بین درمانگر و مراجع است که می‌تواند مانع جلسات درمانی مراجعه دشوار باشد (اوزن^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به آمارها در ایران خزایی، رضایی و شهیدی‌پور (۱۳۹۳) نشان دادند ۸۰ درصد از بیمارانی که برای روان‌درمانی ارجاع داده شده بودند، از پذیرش این درمان امتناع ورزیدند و از ۲۳۶ بیماری که در جلسات روان‌درمانی شرکت کردند ۱۳۴ بیمار (۵۶ درصد) از درمان خارج شدند. از این رو، به عنوان چالشی دیگر، یک اتحاد درمانی ضعیف بین این مراجعان و درمانگران ممکن است نه تنها به واکنش درمانگران، بلکه با احساس عدم درک و درمان مناسب مراجع مرتبط باشد و به تجربه بد از درمان در مراجعان منجر شود (بوس^۹ و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارتین، گارسک و دیویس^{۱۰}، ۲۰۰۰). از سوی دیگر هنگامی که درمانگران براساس هیجانات عمل می‌کنند، نه تنها مراجعان تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بلکه باعث ایجاد استرس، فرسودگی شغلی و دوگانگی می‌شوند (کاروسو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلیری، زیگفرید و والتر و همکاران، ۲۰۱۲) که این امر چالشی دیگر است.

امروزه این چالش‌ها فقط مشکلی برای مراجع تلقی نمی‌شود، زیرا همان‌طور که ویژگی‌های شخصیتی بیمار بر رابطه تأثیر می‌گذارد، ویژگی‌های شخصیتی، نظام باورها و سبک کاری درمانگر نیز ممکن است بر رابطه بین آنها تأثیر بگذارد، این موضوع می‌تواند به چرخه‌ای معیوب منجر شود که در نتیجه به یک رابطه غیردرمانی^{۱۲} تبدیل شود (اشتاینمتس و تابنکین^{۱۳}، ۲۰۰۱). بنابراین درک بیشتر از اینکه چگونه مراجعان «دشوار» در نظر گرفته می‌شوند، چرا این مراجعان «دشوار» در مراقبت‌های بهداشت روان همچنان

1. demanding
2. aggressive
3. manipulative
4. clingy
5. Beryl & Völlm
6. Cleary., Siegfried, & Walter
7. James & Cowman
8. Ozen
9. Bos
10. Martin, Garske, & Davis
11. Caruso
12. irrelevant relationship
13. Steinmetz & Tabenkin

باقی می‌مانند، و چه کاری می‌توان برای جلوگیری از این امر انجام داد، ممکن است اثرات مثبتی بر کیفیت درمان، اثربخشی درمان و کل هزینه‌های درمانی داشته باشد (کوئلکوئک و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین در طول دهه‌های گذشته، خدمات حوزه سلامت روان، توسعه یافته و به رسمیت شناخته شده است (فولادی و همکاران، ۱۳۹۹)، به گونه‌ای که بیگدلی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند ضعف در برقراری ارتباط و درمان مراجعان دشوار از جمله مراجعان بدقلق، دارای اختلال شخصیت، مقاوم، معتادان و مراجعان ازدواج وجود دارد. درحالی‌که نحوه برقراری ارتباط، شیوه و سبب‌شناسی مشکل، نوع تشخیص و ارائه تکلیف برای هریک از مراجعان مهارت، دانش، تخصص خاص و تجربه زیادی را می‌طلبد که همه درمانگران از این توانمندی‌ها در درمان مراجعان دشوار برخوردار نیستند و قطعاً در مراجعان دشوار احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند. بنابراین نیاز به تحقیقاتی که از زاویه دید روان‌درمانگران و مشاوران پدیده روان‌درمانی را توصیف کند و بتواند شکاف بین دیدگاه‌های نظری روان‌درمانی و فعالیت‌های روان‌درمانگران در مراکز درمانی را پر کند، پابرجا مانده است (عباس آبادی، صرامی فروشانی و رباط میلی، ۱۴۰۰).

با توجه به تراکم جمعیت شهر تهران و جمعیت بالای ساکن در مناطق شهری آن و چالش‌های فزاینده اجتماعی-اقتصادی و اجتماعی، احتمال تغییر در شیوع و الگوی اختلالات روانپزشکی در کلان‌شهر تهران مد نظر است و بیش از پیش احساس می‌شود. همچنین زندگی اقوام و فرهنگ‌های مختلف در کنار هم در این شهر الگوی اختلالات روانی و روانپزشکی را پیچیده می‌کند (خالقی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین لزوم توجه به چنین مراجعانی در سطح کلان‌شهر تهران با توجه به تعداد زیاد مراکز مشاوره‌ای و درمانی احساس می‌شود. در مجموع با توجه به پژوهش‌های پیشین، بیشتر پژوهش‌ها بر طبقه‌بندی و درمان مراجعان دشوار متمرکز است و کمتر پژوهشی به‌خصوص در ایران درباره مشکلات و چالش‌هایی صورت گرفته است که درمانگران در مسیر درمان با این مراجعان روبه‌رو می‌شوند. پس لازم و ضروری است که درباره ویژگی‌های این مراجعان که خواهان خدمات سلامت روان هستند و چالش‌ها و مشکلاتی که برای روان‌درمانگران و متخصصان به وجود می‌آورند تحقیقات کمی و کیفی بیشتری صورت گیرد، زیرا برچسب‌گذاری مراجعان به‌عنوان مراجع دشوار مانع از دریافت درمان اثربخش و درک مراجع می‌شود و درمانگران و مشاوران معمولاً از تجارب خود در درمان این مراجعان کمتر با استادان و یا همکاران خود صحبت می‌کنند و معمولاً این تجارب نادیده گرفته می‌شوند. ثانیاً

درمانگران تازه کار معمولاً در اوایل فعالیت بالینی خود نسبت به مشکلات و چالش‌هایی که این مراجعان به وجود می‌آورند شناخت کمی دارند و شکست در درمان این مراجعان باعث دلسردی و بی‌کفایتی در آن‌ها می‌شود. ثالثاً متخصصان در برابر مراجعان دشوار ممکن است به انواع آسیب‌های روانی و فیزیکی دچار شوند، به همین دلیل این پژوهش به مسئله مشکلات و چالش‌های مراجعان دشوار از دیدگاه متخصصان می‌پردازد تا بتواند با شناسایی تجارب درمانگران در درمان این مراجعان، کیفیت خدمات سلامت روان را در کشور عزیزمان ایران بهبود بخشید. نتایج این پژوهش می‌تواند برای تمامی خدمات‌دهندگان سلامت روان و همچنین کادر درمان روان‌شناختی کاربرد داشته باشد.

روش پژوهش

این پژوهش با رویکردی کیفی^۱ و با روش پدیدارشناسی^۲ انجام شد. پدیدارشناسی یکی از روش‌های مهم در پژوهش کیفی است، که می‌توان بررسی جهان زندگی یا مطالعه تجربه زیسته تعریف کرد (ایمان، ۱۳۹۷). در پدیدارشناسی اساساً به آنچه فرد زیست می‌کند، توجه می‌کنیم، زیرا پدیدارشناسی تلاش می‌کند معانی را آن‌طور که در زندگی تجربه می‌شود، نمایان کند (سیگارودی، دهقان نیری، رهنورد، نوری سعید، ۱۳۹۱). بدین دلیل برای درک تجارب زیسته درمانگران، روش پدیدارشناسی اتخاذ شد که به تشریح ساختار یا ماهیت تجارب زندگی و معنی بخشیدن به آن‌ها و توصیف دقیق پدیده‌ها از خلال تجارب زندگی روزمره می‌پردازد و هدف این روش، فهم ساختار اصلی پدیده‌های تجربه‌شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی تجربیات از زاویه دید مشارکت‌کنندگان است (انصاری، یارمحمدیان، یوسفی و یمانی، ۱۳۸۶).

جمعیت مورد مطالعه را مشاوران و درمانگران فعال استان تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. لذا مشارکت‌کنندگان مورد نظر از روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ از نوع ملاکی انتخاب شدند. نمونه‌گیری هدفمند به منزله گزینش واحدهای مورد مطالعه با توجه به ملاک‌های معینی است که پژوهشگر تعیین می‌کند (هومن، ۱۳۹۱). در این تحقیق از نمونه‌گیری هدفمند (غیراحتمالی) از نوع ملاکی استفاده شد. در نمونه‌گیری

1. qualitative research

2. phenomenology research

3. purposive sampling

ملاکی ضرورت دارد افراد براساس ملاک خاصی مانند داشتن تجربه پدیده‌ای خاص انتخاب می‌شوند (بازرگان، ۱۳۹۹). در این پژوهش نیز همه شرکت‌کنندگان دارای تجربه درمانگری روان‌شناسی بودند. برای به حداقل رساندن ناهمگنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد که این ملاک‌ها عبارت بودند از: ۱) داشتن تمایل برای حضور در پژوهش، ۲) درمانگر بودن با داشتن عضویت و پروانه اشتغال توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، ۳) سکونت شهر تهران، ۴) نداشتن سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن، ۵) داشتن سابقه روان‌درمانی بالای پنج سال. حجم نمونه تا اشیاع نظری ادامه یافت و نهایتاً ۱۷ نفر انتخاب شدند. اشیاع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده بیشتری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود شود، در پژوهش وارد نشود (برنز و گروف^۱، ۲۰۱۵). روش دسترسی به مشارکت‌کنندگان به صورت اعلام فراخون در شبکه‌های اجتماعی و حضور پژوهشگران در مراکز مشاوره دارای شماره سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره بود. پس از حضور در مراکز، درمانگرانی که بنا بر نظر خودشان دارای مراجعان دشوار بودند، اهداف و ضرورت پژوهش و همچنین سؤالات کلی توضیح داده می‌شد و در صورت تمایل همکاری خود را اعلام می‌کردند.

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته^۲ محقق ساخته استفاده شد و محور اصلی سؤالات مصاحبه در راستای کشف دیدگاه‌های درمانگران درباره مراجعان دشوار در جلسات درمانی بود. این نوع مصاحبه که به مصاحبه پدیدارشناسی نیز مشهور است نوع خاصی از مصاحبه جامع است که بر پایه روش نظری پدیدارشناسی قرار دارد و در آن منبع اصلی اطلاعات مصاحبه عمیق و ژرفی است که به صورت مشارکتی بین پژوهشگر و مصاحبه‌شونده انجام می‌گیرد (انصاری، یارمحمدیان، یوسفی و یمانی، ۱۳۸۶). سؤالات اصلی مصاحبه براساس نظر دو متخصص باتجربه و آگاه به موضوع در این زمینه توسط محققان ساخته و تهیه شد تا دارای روایی محتوایی^۳ کافی باشد و پس از تأیید متخصصان در خصوص روایی آن، استفاده شد. سؤالات مورد نظر به طور مستقیم و غیرمستقیم تجارب درمانگران درباره مراجعان دشوار در جلسات درمانی را

1. Burns & Grove

2. semi-structured interview

3. content validity

بررسی کرد تا از طریق آن‌ها مسیر و جهت الگو مشخص شود. پیش از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان در مورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها در خصوص حق انصراف از مصاحبه و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. همچنین برای ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. برخی محورهای سؤالات مصاحبه در زیر آمده است:

مصاحبه‌ها با این سؤال کلی که «دیدگاه درمانگران نسبت به مراجعات دشوار در جلسات درمانی چگونه است؟» آغاز شد و در ادامه پرسش‌های دیگری پرسیده شد که برخی در ادامه آمده است.

۱. تجربه شما در مواجهه با مراجعات دشوار در طول کار حرفه‌ای چه بوده است؟
۲. مشکلات و چالش‌هایی که در جلسات درمانی با مراجعات دشوار تجربه کرده‌اید، چه مواردی بوده است؟

شرکت‌کنندگان به پرسش‌ها پاسخ می‌دادند و براساس پاسخ‌های ارائه‌شده پرسش‌های بعدی هدایت می‌شد. سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به دقت روی کاغذ پیاده‌سازی شد. شایان ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل قول‌ها از عبارات (شرکت‌کننده شماره ۱، ۲ و ...) استفاده شد و مصاحبه‌ها بین ۴۰-۶۰ دقیقه متناسب با روایات، میزان تحمل و علاقه مشارکت‌کنندگان به طول انجامید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۱ استفاده شد که یکی از رویه‌های پرکاربرد تحلیل در پژوهش‌های پدیدارشناسی است (محمدپور، ۱۳۹۲). طبق این روش، در این پژوهش پس از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی مصاحبه بر روی کاغذ، چندین بار متن خوانده شد و در ادامه خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم‌احساس شدن با افراد مشارکت‌کننده به منظور درک آن‌ها از تجربه مراجعات دشوار، استخراج جملات مهم در رابطه با مراجعات دشوار، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج‌شده (فرمول‌بندی)، دسته‌بندی مفاهیم مشترک به دست‌آمده مانند چالش‌های فرهنگی و سایر چالش‌ها، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه ایده‌ها و ترکیب آن‌ها، توصیف نهایی مراجعات دشوار و در نهایت بازگردانی توصیف مراجعات دشوار به مشارکت‌کنندگان در راستای معترسازی نتایج انجام شد (کلایزی، ۱۹۷۸).

برای بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار^۱، انتقال‌پذیری^۲، اطمینان‌پذیری^۳ و تأییدپذیری^۴ استفاده شد که گوبا و لینکن^۵ (۱۹۹۴) پیشنهاد کرده‌اند. برای تضمین اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اساتید در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها استفاده شد. برای بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها از نظارت همکاران متخصص استفاده شد و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به همکاران ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری، سعی شد از درمانگران در سطوح مختلف شغلی، اجتماعی و فرهنگی استفاده شود. افزون بر این برای تأمین تأییدپذیری، سعی شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت همه مراحل انجام کار و داده‌های حاصله و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک نمایند.

یافته‌های پژوهش

نمونه پژوهش حاضر ۱۷ نفر از درمانگران بودند و اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	جنسیت	سابقه فعالیت	رویکرد درمانی
۱	۳۵ سال	دکتری	زن	۶ سال	سیستمی و طرحواره‌درمانی
۲	۳۱ سال	کارشناسی ارشد	مرد	۸ سال	روان‌پویشی
۳	۴۶ سال	دکتری	زن	۱۵ سال	شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی
۴	۳۴ سال	ارشد	زن	۶ سال	شناختی-رفتاری
۵	۴۰ سال	ارشد	مرد	۱۳ سال	شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی
۶	۳۸ سال	ارشد	زن	۵ سال	روان‌پویشی
۷	۳۸ سال	ارشد	زن	۱۴ سال	شناختی-رفتاری
۸	۳۰ سال	ارشد	مرد	۵ سال	روان‌پویشی
۹	۵۴ سال	ارشد	زن	۲۰ سال	واقعیت‌درمانی

1. credibility
2. transferability
3. dependability
4. confirmability
5. Guba & Lincoln

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	جنسیت	سابقه فعالیت	رویکرد درمانی
۱۰	۳۵ سال	ارشد	زن	۶ سال	طرحواره درمانی
۱۱	۲۸ سال	ارشد	زن	۵ سال	اگزستانسیال
۱۲	۴۰ سال	ارشد	زن	۸ سال	شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی
۱۳	۲۸ سال	دکتری	زن	۵ سال	تلفیقی
۱۴	۳۲ سال	دکتری	زن	۶ سال	تلفیقی
۱۵	۳۵ سال	دکتری	زن	۷ سال	شناختی-رفتاری
۱۶	۳۷ سال	دکتری	مرد	۸ سال	شناختی-رفتاری
۱۷	۳۸ سال	دکتری	مرد	۱۲ سال	پارادوکس درمانی (PTC)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۸ تا ۵۴ سال بودند و سال‌های فعالیت بالینی در بازه ۵ تا ۲۰ سال بود. ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۷ نفر دکتری بودند. در ادامه به تحلیل یافته‌ها می‌پردازیم.

جدول ۲ مضامین باز، محوری و گزینشی مشارکت‌کنندگان

مضامین گزینشی	مضامین محوری	مضامین باز
دیدگاه‌های متفاوت درباره مراجعات دشوار	دیدگاه بین فردی	مراجعات زوج درمانی
		ارجاع از طرف مراجع قانونی یا اطرافیان
		مراجعات خودکشی‌گرا
		تعویض مکرر درمانگر
		طردشده از سمت دیگران و درمانگران
		نبود اتفاق نظر در تعریف مشترک
	دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی	شخصیت مرزی
		شخصیت دوقطبی
		شخصیت طیف اسکیزوفرنی
		شخصیت خودشیفته
		شخصیت ضد اجتماعی
		سوء مصرف مواد
		شخصیت وابسته
	دیدگاه رفتاری	متوقع
		کنترل‌گر

مضامین گزینشی	مضامین محوری	مضامین باز
		پر خاشگر
		عدم پذیرش مسئولیت
		عدم همکاری و توافق‌پذیری
		بر خورد منفعلانه
	دیدگاه روانکاوی	دل‌بستگی نایمن
		تعارضات پیچیده
		سبک مقابله‌ای اجتناب
چالش‌های مراجعان دشوار	چالش‌های فرهنگی	مراجعان جنوب شهر
	چالش‌های فرایند درمان	باور به فالگیر و رمال بودن درمانگر
		ترک زود هنگام
		وقفه طولانی بین جلسات
		مراجعه دیر هنگام به روان‌شناس
		انتظار معجزه از روان‌شناس
		عدم پایبندی به قوانین جلسات
		وابستگی به درمانگر
		زمان‌بر بودن درمان
		نامیدی از بهبودی
		عدم موافقت با دارودرمانی
		احساس بی‌کفایتی
		احساس خشم
		تمایل به قطع درمان
		فعال شدن طرحواره‌های درمانگر
	چالش‌های درمانگر	ترمیم آسیب درمان‌های قبلی
		محدودیت‌های رعایت اخلاق حرفه‌ای
		علائم جسمانی
		نبود حمایت قانونی و روانی
		پیگیری مداوم مراجع
		تحقیر و توهین درمانگر
		تهدید به قتل درمانگر
	چالش‌های اختتام درمان	تهدید به خودکشی
		تجاوز جنسی به درمانگر
		فرسودگی شغلی

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص مشکلات و چالش‌ها با مراجعات دشوار از نگاه متخصصان ایرانی، به تولید ۲ مضمون گزینشی، ۸ مضمون محوری و ۴۷ مضمون باز منجر شد. مضمون دیدگاه‌های مختلف پیرامون مراجع دشوار عبارت‌اند از: دیدگاه بین‌فردی، دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی، دیدگاه رفتاری و دیدگاه روانکاوی. مضمون چالش‌های مراجعات دشوار نیز عبارت‌اند از: چالش‌های فرهنگی، چالش‌های فرایند درمان، چالش‌های درمانگر و چالش‌های اختتام درمان. در ادامه به معرفی بیشتر مضامین به همراه نقل‌قول مشارکت‌کنندگان پرداخته شده است.

مضمون اصلی اول: دیدگاه‌های مختلف پیرامون مراجعات دشوار

مشارکت‌کنندگان در این بخش با توجه به تجارب و تفسیرهای شخصی خود هر کدام به تعریف متفاوتی از دیدگاه‌های مختلف پرداختند. که در ادامه به هریک از این دیدگاه‌ها و نقل‌قول مشارکت‌کنندگان اشاره شده است.

الف) دیدگاه بین‌فردی: برخی مشارکت‌کنندگان، مراجعات دشوار را در دیدگاه بین‌فردی تعریف کرده‌اند که شامل مراجعات زوج‌درمانی، ارجاع از طرف مراجع قانونی یا اطرافیان، مراجعات خودکشی‌گرا، تعویض مکرر درمانگر و طردشده از سوی دیگران می‌شود. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان بیان کردند:

«به نظر من هر کیس زوجی که میاد تو ایران دشواره چون واقعاً هنوز تو فرهنگ آقاییون تا کارد به استخوان نرسیده باشه یا تا به خیانت نرسیده و تهدید به طلاق صورت نگرفته مرده با خانومش پانمیشن بیان» (شرکت‌کننده ۱)

«معمولاً اینا کسایی هستن که خیلی مشاور عوض می‌کنن. وقتی می‌آد به کیسی اینجا با به سابقه اینکه من چند تا مشاور رفتم چند تا روان‌پزشک رفتم حرفشو شروع می‌کنه» (شرکت‌کننده ۹)

ب) دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی: تعدادی از روان‌درمانگران و مشاوران مراجعات دشوار را از دیدگاه اختلالات و تشخیص‌گذاری اختلالات روانی و شخصیتی مطرح کردند که شامل شخصیت مرزی، شخصیت دوقطبی، شخصیت طیف اسکیزوفرنی، شخصیت خودشیفته، شخصیت ضداجتماعی، وابسته به مواد و شخصیت وابسته می‌شود. در این دیدگاه دو نفر از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند:

«اگر بخوام دسته‌بندی کنم بیمارانی با داشتن اختلالات تو طیف اسکیزوفرنی و بردرلاین برای من به‌شخصه جزو مراجعان دشوار قرار می‌گیرن» (شرکت‌کننده ۱۰)

«اول از همه اختلالات شخصیت، اولین چیزی که اومد تو ذهنم اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته و ضداجتماعی. این سه اختلال شخصیت به‌صورت کاملاً پرننگ همین الان اومد تو ذهنم که دشوارن. حالا چه از جنس آقا چه از جنس خانوم فرقی نمی‌کنن» (شرکت‌کننده ۵)

ج) دیدگاه رفتاری: تعریف دیگری که شرکت‌کنندگان ارائه دادند از دیدگاه رفتاری است که در رابطه با درمانگر و اطرافیان مراجع این الگو تکرار می‌شود. این دیدگاه شامل متوقع، کنترل‌گر، پرخاشگر، عدم پذیرش مسئولیت، عدم همکاری و توافق‌پذیری و برخورد منفعلانه. در این زمینه شرکت‌کنندگان اذعان داشتند:

«یه دسته دیگه از مراجعان پر مشکل مراجعانی که خیلی سبک بزرگ‌منشانه دارن یا طرحواره استحقاق دارن اینا هم خیلی دردسر ایجاد می‌کنن، پرتوقع انگار انتظارداره حالا چون تو درمانگر من هستی من ساعت ۲ نصفه‌شب نیازدارم به تو دسترسی داشته باشم» (شرکت‌کننده ۱۰)

«تو بگو چی کار کنم، چه تصمیمی بگیرم، تو بگو چه حسی دارم، تو راهکار بده. کلاً من در برابر خودم بی‌مسئولیتیم، من خودمو می‌زنم تو بیا منو نجاتم بده، یکی از سخت‌ترین چالش‌هاست و باید خنثی بشه» (شرکت‌کننده ۸)

د) دیدگاه روانکاوی: یکی دیگر از تعاریف از منظر دیدگاه روانکاوی است که در کنار دیدگاه اختلالات شخصیتی می‌تواند باعث تعریف مراجع به‌صورت دشوار شود. این دیدگاه شامل مضامین دلبستگی ناایمن، تعارضات پیچیده و سبک مقابله‌ای اجتناب می‌شود. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند:

«مراجعانی هستند که آسیب‌پذیری خیلی زیادی دارند، در سطح تجارب گذشته، شخصیت روان و دلبستگی‌شون آسیب‌پذیری زیادی دارند» (شرکت‌کننده شماره ۸)

«همین یک ماه پیش من یه بیماری داشتم که به‌شدت درگیر تعارضات درونی‌ش بود و باهاشون حال می‌کرد» (شرکت‌کننده ۵)

مضمون اصلی دوم: چالش‌های مراجعان دشوار

در کار روان‌درمانی و مشاوره، روبه‌رو شدن با مراجعان دشوار اجتناب‌ناپذیر است، در همین راستا نیز چالش‌ها و مشکلاتی برای متخصصان در حین فعالیت بالینی و مشاوره

ایجاد می‌شود که عبارت‌اند از: چالش‌های فرهنگی، چالش‌های فرایند درمان، چالش‌های درمانگر و چالش‌های اختتام درمان.

الف) چالش‌های فرهنگی: یکی از چالش‌های کار با مراجعان دشوار، چالش‌های فرهنگی است که خود را در قالب‌های مختلف از جمله مراجعان جنوب شهر و باور به فالگیر و رمال بودن درمانگر نشان دادند. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان اذعان داشتند:

«معمولاً کلینیک‌های روان‌شناسی تو محل شمال شهره یا اگر معمولی و جنوب شهر باشه عموماً به‌خاطر اعتیاد مراجعه می‌کنند. ما تفاوت فرهنگی زیادی بین شمال و جنوب شهر داریم. علی‌الخصوص تو تهران» (شرکت‌کننده ۱)

«مراجعی که پیش من می‌آد مطمئنم آخرین گزینه‌ش مشاوره بوده و بعد مصاحبه که می‌کنیم دقیقاً قبل از من به فالگیر رفته، به کف‌بین رفته و واقعاً رفتن» (شرکت‌کننده ۷)

ب) چالش‌های فرایند درمان: چالش‌هایی که در مسیر درمان با این مراجعان ایجاد می‌شود نیز در قالب چالش‌های فرایند درمان تعریف شده است که عبارت‌اند از: ترک زود هنگام، وقفه طولانی بین جلسات، مراجعه دیر هنگام به روان‌شناس، انتظار معجزه از روان‌شناس، عدم پایبندی به قوانین جلسات، وابستگی به درمانگر، زمان‌بر بودن درمان، ناامیدی از بهبودی و عدم موافقت با دارودرمانی. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگانی که این چالش‌های درمانی را داشتند، اظهار داشتند:

«مراجعاتی که نمی‌تونن اون چهارچوب درمانی رو رعایت کنن مثل کنسل کردن لحظه آخر جلساتشون یا اون قراردادی که با هم داریم در مورد تایم جلسات، ساعت، هزینه، مثلاً تا دلت بخواد مراجعاتی که هزینه پرداخت نکردن دارم» (شرکت‌کننده ۱۰)

«خب اختلال شخصیت مرزی معمولاً از نوع ناامید خیلی زیاد داشتم و خیلی جلساتشون کندپیش می‌ره و مراجعه‌شون طولانی هست و معمولاً بیش از یک سال طول می‌کشه» (شرکت‌کننده ۱۳)

ج) چالش‌های درمانگر: در این بین، برای شخص درمانگر نیز چالش‌هایی به وجود می‌آید که می‌تواند باعث ایجاد احساسات منفی و ناخوشایند در درمانگر شود که شامل احساس بی‌کفایتی، احساس خشم، تمایل به قطع درمان، فعال شدن طرحواره‌های درمانگر، ترمیم آسیب درمان‌های قبلی، محدودیت‌های رعایت اخلاق حرفه‌ای و پیگیری مداوم مراجع می‌شود. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«بیشترین آسیبی که من از این مراجعان دیدم ناامیدی از خودم بوده» (شرکت‌کننده ۱۳)

«یه وقت‌هایی حس می‌کنم اذیتم داره می‌کنه و یه زمان‌هایی که مثلاً این خانوم نوبت گرفته و می‌خواد بیاد واقع دوست دارم نیاد. اینو واقعاً صادقانه می‌گم دلم می‌خواد که نیاد نبینمش» (شرکت‌کننده شماره ۵).

(د) چالش‌های اختتام درمان: در بین مصاحبه‌ها، کم نبودند متخصصانی که از چالش‌های اختتام درمان گفتند که باعث آسیب به روان و جسم آن‌ها در پایان فرایند درمانی با مراجعان شده بود. این چالش‌ها عبارت‌اند از: تحقیر و توهین درمانگر، تهدید به قتل درمانگر، تهدید به خودکشی، تجاوز جنسی به درمانگر و فرسودگی شغلی. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند:

«یادمه طرف قرص خورده بود و اوامده بود توی کلینیک و توی اتاق درمان حالش بد شد. چالش است دیگه که بعدش خانواده فرد پیگیری می‌کنن اگر فرد می‌میرد مسائل قانونی پیش می‌اومد» (شرکت‌کننده ۲)

«زانو زد و خواست حقله رو بکنه تو انگشتم و من هم این اجازه رو بهش دادم چون چاقو داشت، اما از درون حال خرابی داشتم، داشتم تیکه‌تیکه می‌شدم. خب این تجاوزه دیگه. دستم رو ول نمی‌کرد» (شرکت‌کننده ۴)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخ به پرسش‌هایی بود، همچون در بین درمانگران ایرانی کدام مراجعان جزو مراجعان دشوار طبقه‌بندی می‌شوند؟ آیا در تجربه کار بالینی و مشاوره مشکلات و چالش‌هایی برای متخصصان ایرانی در مواجهه با این مراجعان به وجود آمده است؟ در نهایت یافته‌های پژوهش حاضر به کشف ۲ مضمون‌گزینی، ۸ مضمون محوری و ۴۷ مضمون باز منجر شد. مضمون دیدگاه‌های مختلف درباره مراجع دشوار عبارت بودند از: دیدگاه بین‌فردی، دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی، دیدگاه رفتاری و دیدگاه روانکاوی. از دیدگاه بین‌فردی بسیاری از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که مراجعان زوج که از سمت دادگستری ارجاع داده می‌شوند مراجعان دشوار و پرچالشی هستند، به دلیل اینکه معمولاً با اجبار از سمت دادگاه به مراکز مشاوره ارجاع داده می‌شوند. همسو با این یافته بیگدلی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند مراجعانی که دادگستری ارجاع می‌دهد از همه جا بریده‌اند و تنها راه نجات زندگی خود را طلاق می‌دانند. از مدت‌ها قبل تصمیم به طلاق گرفته‌اند و نسبت به مراجعان عادی مشکلات دشوارتر، حادث‌تر و پیچیده‌تری دارند. دیدگاه

دیگری که دربارهٔ مراجعه دشوار وجود دارد، مراجعه خودکشی‌گرا هستند، یکی از مهم‌ترین مواردی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند نگرانی از این دسته مراجعه و چالش‌های آنان با درمانگران بود. به گفتهٔ مشارکت‌کنندگان این مراجعه مکرراً تهدید به خودکشی می‌کنند. همسو با این یافته شربا^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند، خودکشی مراجع از بسیاری جهات چه از نظر حرفه‌ای و چه شخصی بر متخصصان تأثیر منفی می‌گذارد. همین امر سبب می‌شود که این مراجعه برای درمانگران و مشاوران دشوار و چالش‌هایی را طی درمان به وجود آورند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مراجعه دشوار از دیدگاه بین‌فردی به عنوان مراجعانی تعریف شده‌اند که دیگران و درمانگران طردشان کرده‌اند، درمانگر خود را مکرراً عوض می‌کنند و به انواع متخصصان مراجعه می‌کنند. به دلیل مشکلات ارتباطی بین درمانگر و مراجع و عدم تبعیت درمانی این مراجعه مکرراً درمانگر خود را تعویض و در بیشتر کلینیک‌ها و مراکز مشاوره پرونده دارند. همسو با یافته‌های این پژوهش مطالعه پرز-لوپز (۲۰۱۱) نشان داد، بیمارانی که درمان نامناسب دریافت می‌کنند یا احساس می‌کنند نادیده گرفته می‌شوند، تمایل به تکرار مراجعه دارند که باعث افزایش اصطکاک در رابطهٔ درمانگر-مراجع می‌شود. این مراجعه به دلیل دلبستگی‌های نایمن، عدم مهارت‌های برقراری ارتباط و عدم حمایت‌های اجتماعی از طرف دیگران و درمانگران طرد می‌شوند. به‌طور کلی، از دیدگاه حمایت اجتماعی اشکال مختلف قضاوت اجتماعی مسئول دشوار نامیدن مراجعه است، از جمله تعصب، برچسب زدن و طرد (کوئلکوئک و همکاران، ۲۰۰۶). همان‌طور که یافته‌ها نشان داد، به دلیل شخصیت خود درمانگر و انتقال متقابلی که در جلسهٔ درمان اتفاق می‌افتد و همچنین خلأ پژوهشی در زمینهٔ مراجعه دشوار و آموزش، تعریف مشترکی از مراجعه دشوار در بین متخصصان ایرانی وجود ندارد، اما با این حال در برخی موارد توافق دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مطالعهٔ فیشر و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است، اثرات دشوار یا منفی که درمانگران تجربه می‌کنند، در برچسب‌گذاری مراجع به عنوان دشوار نقش دارد. همچنین این احتمال وجود دارد که نگرش‌های منفی مراجع به درمانگر و یا درمان تاحدی به ویژگی‌های شخصی خود درمانگر بستگی داشته باشد (لرنزتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۳) که شواهد پژوهش حاضر نیز گواه مدعا بود.

1. Sherba

2. Lorenzetti

در ارتباط با دیدگاه اختلالات روانی و شخصیتی، نتایج پژوهش نشان داد، تعدادی از مراجعان دارای اختلالات شخصیتی، به‌عنوان مراجعان دشوار توصیف می‌شوند. در واقع علائم اختلال و همبودی و مزمن بودن اختلالات باعث توصیف آن‌ها به‌عنوان مراجع دشوار از سمت متخصصان می‌شود. همسو با این یافته، مطالعه اوزن و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که میزان اختلال شخصیت در مراجعانی که به‌عنوان دشوار تعریف می‌شوند، به‌طور چشمگیری بالاتر است. مراجعانی که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند نسبت به مراجعان با سایر تشخیص‌ها مانند اسکیزوفرنی، منفی‌تر ارزیابی شدند (کوئلکوئک و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج این پژوهش نیز نشان داد تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان دارای اختلال شخصیت مرزی و سایکوتیک را به‌عنوان مراجع دشوار توصیف کردند. در تبیین این موضوع در مراجعان شخصیت مرزی تهدیدهای مکرر به خودکشی و همچنین بحران‌های متعدد و در بیماران اسکیزوفرنی عدم بینش کافی باعث چالش‌های متعددی در جلسات درمان می‌شد. اختلال شخصیت مرزی از چند جنبه نسبت به دیگر اختلالات شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص این اختلال از چالش‌برانگیزترین اختلالات شخصیت است (رائو، حیدری و برودبیر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). گرچه عدم تبعیت در میان همه شاخه‌های پزشکی شایع است، اختلالات روان‌پریشی با چالش بیشتری در برابر این مسئله مواجه است که خطر آن را افزایش می‌دهد (پارسامعین و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین آقابابایی (۱۳۹۹) در ارتباط با روان‌شناسی شخصیت در ایران اشاره کرد که اختلال روانی از جمله اسکیزوفرنی، جسمانی‌سازی، دوقطبی، افسردگی، مرزی دارای بیشترین فراوانی هستند که نیاز به توجه ویژه دارند. در پژوهش حاضر نیز تعداد بسیار زیادی از درمانگران با چالش این نوع از مراجعان دشوار روبه‌رو بودند.

در ارتباط با دیدگاه رفتاری، بسیاری از شرکت‌کنندگان عنوان کردند که این مراجعان معمولاً پرتوقع و مسئولیت‌گریزند و از درمانگر انتظار معجزه دارند و درمانگر را مسبب مشکلات خود می‌دانند. یکی از مهم‌ترین موارد عدم همکاری و توافق‌پذیری است، بسیاری از مراجعان دشوار از دیدگاه شرکت‌کنندگان همکاری و توافق برای ادامه درمان ندارند و این باعث می‌شود که تمام مسئولیت‌های درمان را درمانگر بر عهده بگیرد و همین

امر باعث خاتمه درمان می‌شود. این مراجعان هنگامی که به خواسته و توقعات آنان رسیدگی نشود پرخاشگری از خود نشان می‌دهند و هنگامی که چندین گزینه درمانی ارائه می‌شود ترجیح می‌دهند تصمیم نگیرند و این مسئولیت را به درمانگر واگذار کنند. پژوهش‌ها نیز نشان داده، شایع‌ترین مشکلات در افرادی که آن‌ها را مراجعان دشوار می‌نامند پرخاشگری، خصومت و عدم همکاری است (اوزن و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس نظریه رفتاری از جهت اینکه پرخاشگری، کنترل‌گری، عدم پذیرش و مسئولیت پاداش‌های عاطفی، هیجانی، جسمانی و مانند آن را دارند، شیوه‌ای برای فرار از موقعیت در نظر گرفته می‌شوند و دربردارنده ارضای نیازی هستند. اگر فرد یاد بگیرد که پرخاشگری می‌تواند برای او شرایطی فراهم کند که از واقعیت فرار کند و یا نیاز او را تأمین کند، احتمالاً در آینده نیز به این کار مبادرت خواهد ورزید. این کار برای او عامل تقویت‌کننده خواهد بود و به صورت یک چرخه عمل کرده، باعث افزایش رفتار خواهد شد (شولتز و شولتز، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر نیز مراجعان دشوار با استفاده از این رفتارها در پی ایجاد چالش جلسات درمانگری بودند.

از سوی دیگر، همسو با دیدگاه روانکاوی این مراجعان دارای سبک دلبستگی ناایمن، تعارضات پیچیده و سبک مقابله‌ای اجتناب بودند. بنا بر گفته‌های مشارکت‌کنندگان به دلیل تعارضات و عدم دلبستگی با مراقبان اولیه این مراجعان قادر به برقراری رابطه‌ای با درمانگر نیستند و همین امر چالش‌هایی را در جلسات به وجود می‌آورد. آن‌ها ممکن است اختلالات پاتولوژیک ناشناخته، به ویژه اختلالات شخصیتی داشته باشند، یا احساس اغراق‌آمیزی داشته باشند که مستحق مراقبت یا توجه بیشتریند (هنل^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین مینوچین^۲ و همکاران (۱۹۷۵)، بر ساختار خانواده و مشکلات آغازشده در دوران نوجوانی به عنوان عوامل خطر برای تبدیل شدن فرد به مراجع دشوار تأکید کردند (پرز-لوپز، ۲۰۱۱). براساس نظریه روانکاوی، آسیب‌های دوره کودکی با صفات شخصیتی معین و تعارضات دشوار در بزرگسالی در ارتباط است (شولتز و شولتز، ۱۴۰۱). همچنین دلبستگی، رابطه عاطفی نسبتاً پایداری بین کودک و تعدادی از اطرافیان است که طی آن رابطه‌ای قابل اعتماد با شخصیتی که به طور عمده وظیفه مراقبت از کودک را بر عهده دارد، برقرار می‌شود. در نظریه دلبستگی بر این نکته تأکید شده که

1. Hanel
2. Minuchin

روابط اولیه دوران کودکی، سبک‌های دلبستگی را شکل می‌دهند و بر دیدگاه فرد درباره خود، دیگران و روش سازمان‌دهی روابط بین‌فردی در بزرگسالی تأثیر می‌گذارند (یاروز-یابن^۱، ۲۰۱۰). موریرا^۲ و همکاران (۲۰۱۵) رابطه معنی‌دار بین سبک دلبستگی ناایمن و کیفیت زندگی نامطلوب به همراه اجتناب را نشان دادند. مواردی که در پژوهش حاضر نیز حاصل شد. در واقع این تعارضات در جلسات درمان در ارتباط با درمانگر نیز تکرار می‌شود و باعث انتقال و انتقال متقابل می‌شود.

یکی دیگر از مضامین اصلی، چالش‌های مراجعان دشوار است که شامل: چالش‌های فرهنگی، چالش‌های فرایند درمان، چالش‌های درمانگر و چالش‌های اختتام درمان است. در این بخش مشارکت‌کنندگان به مؤلفه‌های فرهنگی متعددی اشاره کردند، از جمله مراجعان جنوب شهر و سطح طبقاتی متفاوت مراجعان و همچنین باور به رمال و فالگیر بودن درمانگر. بسیاری از شرکت‌کنندگان که در مناطق جنوبی شهر تهران فعالیت می‌کردند بیان کردند مراجعان مربوط به این مناطق چالش‌هایی فراوانی را به وجود می‌آورند، از جمله آنکه درمانگر و مشاور را با رمال و فالگیر مشابه می‌دانند و دنبال یک راه‌حل فوری و یا پیش‌بینی آینده هستند و پس از مراجعه به رمال و فالگیر گزینه آخر مراجعه به روان‌شناس است. همسو با این یافته، موقعیت اجتماعی و زمینه فرهنگی نه تنها در نشانه‌های اختلالات روانی تأثیر مستقیم دارند، بلکه سهمشان در بروز و ابتلا به اختلالات روانی نیز اساسی است (زرانی و همکاران، ۱۳۹۶). نبود رویکردهای مبتنی بر فرهنگ که بتواند فرایند توافق درمانی را تسهیل کند از دیگر چالش‌های مطرح‌شده است (رضایی و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعه فیشر و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد این مراجعان انتظارات غیرواقعی از درمان می‌خواهند و درمانگران خود را تحت فشار قرار می‌دهند تا راه‌حل‌های سریع و کوتاه‌مدت برای مشکلات پیچیده ارائه دهند. مراجعانی که به درمانگر فشار می‌آورند تا جلسات را در مدت‌زمان مقرر تمدید کند و همیشه در دسترس باشند، چالش‌های متعدد و انتظارات غیرواقعی از درمان دارند.

از دیگر چالش‌ها می‌توان به چالش‌های فرایند درمان اشاره کرد که مانع از پیشرفت درمان و همچنین طولانی شدن درمان می‌شود. به گفته مشارکت‌کنندگان مراجعان دشوار معمولاً زودتر از موعد درمان را ترک می‌کنند و به قوانین جلسات پایبند نیستند. همسو با

یافته‌های این پژوهش، اشتاینمتس و تابنکین (۲۰۰۱)، در مطالعه‌ای نشان دادند، درمانگران با مراجعانی که آن‌ها را ناامید می‌کنند، مشکل دارند. مراجعانی که هر تلاشی برای درمان آن‌ها با مقاومت، عدم همکاری با توصیه‌های درمانگر و ابراز نارضایتی مداوم مواجه می‌شود. آن‌ها بر سر هر موضوعی با درمانگران جروبحث می‌کنند و به‌طور کلی بادلایل یا بی‌دلیل به هر چیزی شکایت دارند (پرز-لوپز، ۲۰۱۱). چندین درمانگر پایبندی کم و مقاومت به درمان را به‌عنوان متغیرهایی ذکر کردند که بر درک آن‌ها از یک مراجع دشوار تأثیر می‌گذارد. (پرز-لوپز، ۲۰۱۱). در این گروه ملاقات‌ها، طولانی‌تر از حد متوسط طول می‌کشد و مراجعان درمانگران خود را خسته می‌کنند (اشتاینمتس و تابنکین ۲۰۰۱). چالش‌های فرایند درمان از بیشترین مضمون‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، چراکه فرایند درمان را طولانی و درمانگر و مراجع را از درمان ناامید می‌کرد. مضمون محوری دیگر چالش‌های درمانگر است، که شامل احساسات منفی و ناخوشاندی است که درمانگران در طول درمان با این دسته از مراجعان تجربه می‌کنند. به‌دلیل طولانی شدن درمان و عدم پایبندی و همکاری در درمان و تعارضات پیچیده این مراجعان، درمانگران چالش‌هایی را در زمینه فردی تجربه می‌کنند که خود باعث فرسودگی شغلی و تجربه احساسات و هیجانات ناخوشایند می‌شود. درمانگران مسئول شناخت تأثیر بر مقاومت و رابطه دشوار هستند (کارانتا-لیچ و زاپوروژت، ۲۰۲۱). همسو با یافته‌های این پژوهش، مطالعه ویلسون (۲۰۰۵) نشان داد، درمانگران بی‌تجربه زمانی که مراجعان با علائم و شکایات مبهم مراجعه می‌کنند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و از توانایی خود در کار با مراجعان ناامید می‌شوند. همان‌طور که تریالت و گازولا^۱ (۲۰۱۰) نشان دادند، احساس شک به خود، ناامنی و عدم اطمینان در مورد اثربخشی درمانگران از جمله شایع‌ترین خطرات حرفه روان‌درمانی بدون توجه به سطح تجربه درمانگر است. لذا احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در میان متخصصان ممکن است به برچسب زدن مراجعان به‌عنوان دشوار منجر شود و در نتیجه به جنگ قدرت بر سر کنترل و خودمختاری بینجامد (راسل^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). یکی دیگر از چالش‌های درمانگری، به گفته مشارکت‌کنندگان فعال شدن طرحواره‌هایشان در حین جلسات بود. همسو با این یافته تصور می‌شود که درمانگرانی که با مراجعانی با این ویژگی‌های چالش‌برانگیز کار می‌کنند، باید مراقب باشند

1. Thériault & Gazzola

2. Russell

تا از پیامدهای منفی انتقال متقابل جلوگیری کنند (لوئیس و اپلبی^۱، ۲۰۰۱). نمونه‌هایی از احساسات متقابل حرفه‌ای نسبت به مراجعان دشوار عبارت‌اند از: خشم، گناه، درماندگی، ناتوانی، دوست نداشتن و ناامیدی (سانتاماریا^۲، ۲۰۰۰). طبق آخرین مطالعات احساس خستگی هیجانی، و همچنین تنش بدنی منتسب به درمان با مراجعانی بود که مشکل تلقی می‌شدند (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). یکی دیگر از موارد مهمی که مشارکت کنندگان به آن اشاره کردند، نبود حمایت‌های قانونی و روانی از متخصصان در مواجهه با مراجعان دشوار است. همسو با این یافته اشتاینمتس و تابنکین (۲۰۰۱) نشان دادند که اکثر درمانگران احساس می‌کنند که برای مراجعان دشوار خود کمک واقعی از مقامات بهداشت روان دریافت نمی‌کنند و باید خودشان یاد بگیرند که چگونه این شکایات را درمان و به‌خوبی با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. همچنین کار با برخی مراجعان محدودیت‌هایی در رعایت اخلاق حرفه‌ای ایجاد می‌کند، مثل رازداری و موارد دیگر. از این نظر، محدودیت‌های اخلاقی ویژه‌ای که در مراقبت از مراجع دشوار ایجاد می‌شود و پاسخ درمانی از عناصر مهم هستند (رابرت و دیر^۳، ۲۰۰۳).

در نهایت چالش‌های اختتام درمان در ارتباط با مراجعان دشوار وجود دارد. در واقع می‌توان گفت، متخصصان از آسیب‌های روانی و فیزیکی این افراد در طول و خاتمه درمان در امان نیستند. همان‌طور که به گفته بسیاری از شرکت کنندگان، تهدید به قتل، تهدید به خودکشی و تحقیر و توهین کلامی شدند و بسیاری از درمانگران زن، از آسیب‌های جنسی این دسته از مراجعان ضربه‌های فراوانی دیدند. بسیاری از درمانگران اذعان داشتند که مراجعان خودکشی‌گرا در مطب یا کلینیک، تهدید به خودکشی کرده‌اند و همین‌طور بسیاری از متخصصان با چاقو تهدید شده‌اند، اما عمدتاً متخصصان این آسیب‌ها را با ناظران خود و همکاران مطرح نمی‌کنند. تریالت و گازولا (۲۰۱۰) نشان دادند، زمانی که روان‌درمانگران سطوح بالاتر دشواری را تجربه می‌کنند، کمتر احتمال دارد تجربیات خود را به دلیل ترس از آسیب به شهرت خود افشا کنند. در واقع روان‌درمانگران و مشاوران، از الگوها و روش‌های مختلف درمانی برای عبور افراد و خانواده‌ها از آشفتگی‌های روانی، ارتباطی به سلامت عاطفی استفاده می‌کنند (مرادی‌عباس‌آبادی، صرامی‌فروشان و

-
1. Lewis & Appleby
 2. Santamaria
 3. Roberts & Dyer

رابطه‌میلی، ۱۴۰۰) که این امر می‌تواند واکنش‌های متفاوتی در مراجعان برانگیزاند. همچنین خاکپور و بیرشک (۱۳۷۷)، نشان دادند یکی از عوامل بروز فرسودگی شغلی کار با افراد دشوار است که پژوهش حاضر نیز به این مضمون رسید.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد، تجربه کار با مراجعان دشوار آسیب‌های روانی و فیزیکی زیادی می‌تواند به همراه داشته باشد و این برچسب‌گذاری به مراجعان به‌عنوان دشوار، ممکن است مانع از اثربخشی درمان و درک و فهم مشکل این مراجعان شود. در نتیجه چرخه باطلی به وجود می‌آید، که با شناخت صحیح و استفاده از تجارب دیگر متخصصان می‌توان بر این موانع چیره شد. در این مقاله سعی شد تعاریفی از دیدگاه‌های مختلف با عنوان مراجع دشوار ارائه شود و مشکلات و چالش‌هایی که متخصصان با این مراجعان تجربه کردند نشان داده شود که می‌تواند مورد استفاده تمامی خدمات‌دهندگان سلامت روان قرار گیرد. این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود، از جمله آنکه این پژوهش در خصوص روان‌درمانگران و متخصصان شهر تهران صورت گرفت، بنابراین نمی‌توان در خصوص تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرها اظهار نظر کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر آسیب‌های روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه مراجعان دشوار تحقیقات بیشتری صورت بگیرد و همچنین شناسایی راهبردهای مقابله‌ای از دیدگاه متخصصان لازم و ضروری است.

منابع

- انصاری، مریم، یارمحمدیان، محمدحسین، یوسفی، علیرضا، و یمانی، نیکو (۱۳۸۶)، *مقدمات روش تحقیق کیفی: راه و روش نظریه‌پردازی در علوم انسانی و بهداشت و درمان*، نشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان.
- ایمان، محمدتقی (۱۳۹۷)، *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*، چاپ چهارم، نشر حوزه و دانشگاه، قم.
- بازرگان، عباس (۱۳۹۹)، *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته: رویکردهای متداول در علوم رفتاری*، تهران، نشر دیدار.
- بیگدلی، الیاس، فرحبخش، کیومرث، سلیمی بجستانی، حسین، معتمدی شلمزاری، عبدالله، و الهی، طاهره (۱۳۹۹)، *فراهم‌آوری و ارزیابی اثربخشی دستنامه توانگرسازی مشاورین طلاق بر پایه آسیب‌شناسی مشاوره‌های طلاق در سازه درخواست‌کنندگان طلاق، مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۰(۱)، ۲۳۷-۲۷۰.
- پارسامعین، زهره، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات، و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۹)، *اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع بر تبعیت از درمان در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۳۸)، ۱۱۸-۱۰۱.
- خاکپور، رضا، و بیرشک، بهروز (۱۳۷۷)، *بررسی میزان شیوع نشانگان فرسودگی شغلی در مشاوران و*

روان‌درمانگران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴(۳)، ۲۳-۱۴.

رضایی، لیا، و حیدری، شیما، و رضاعی، فرزین، و خزایی، حبیب‌اله (۱۴۰۰)، چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی روان‌درمانی در ایران: یک مطالعه کیفی، *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۲)، ۱-۱۳.

زرانی، فریبا، و حقیقی، فرزانه، و علی‌زاده، حسین، و شیرین، اسماعیل (۱۳۹۶)، نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات اضطرابی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۲)، ۹۵-۱۱۱.

سیگاروردی، عبدالحسین، دهقان‌نیری، ناهید، رهنورد، زهرا، و نوری‌سعید، علی (۱۳۹۱)، روش‌شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی، مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۶۸(۲)، ۵۶-۶۳.

شولتز، دوان، و شولتز، سیدنی (۱۴۰۱)، *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، نشر ویرایش.

فولادی، عزت‌اله، تاجیک اسمعیلی، عزیزالله، کسائی، عبدالرحیم، و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۹)، جایگاه راهنمایی و مشاوره در اسناد تحولی: مطالعه کیفی، *روانشناسی فرهنگی*، ۴(۲)، ۱۱۲-۱۳۳.

محمدپور، احمد (۱۳۹۲)، روش تحقیق کیفی ضد روش ۱، تهران، انتشارات جامعه‌شناسان.

مرادی عباس آبادی، ف، صرامی فروشانی، غ، رباط میلی، س (۱۴۰۰)، تحلیل کیفی روابط میان مؤلفه‌های روان‌درمانی در تجربه‌های بالینی روان‌درمانگران، *روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۲۶-۱۵.

نوروزی، نصرت‌الله، و عاطف وحید، محمدکاظم، و قربانی، نیما، و قاضی طباطبایی، سعید (۱۳۸۶)، عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۳(۲)، ۱۳۲-۱۳۹.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۹)، *راهنمای عملی پژوهش کیفی*، تهران، سمت.

- Batchelor, J., & Freeman, M. S. (2001), Spectrum: the clinician and the "difficult" patient, *South Dakota Journal of Medicine*, 54(11), 453-456.
- Beryl, R., & Völlm, B. (2018), Attitudes to personality disorder of staff working in high-security and medium-security hospitals. *Personal Ment Health*.12(1), 25-37. doi: 10.1002/pmh.1396.
- Bos, M., Kool-Goudzwaard, N., Gamel, C. J., Koekkoek, B., & Van Meijel, B. (2012), The treatment of 'difficult' patients in a secure unit of a specialized psychiatric hospital: The patient's perspective, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(6), 528-535.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2015), *Understanding Nursing Research-eBook: Building an Evidence-Based Practice*, Texas, Elsevier Health Sciences.
- Caruso, R., Biancosino, B., Borghi, C., Marmai, L., Kerr, I. B., & Grassi, L. (2013), Working with the 'difficult' patient: The use of a contextual cognitive-analytic therapy based training in improving team function in a routine psychiatry service setting, *Community Mental Health Journal*, 49(6), 722-727.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002), Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder, *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014), Patient personality and therapist response: An empirical investigation, *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108.
- Colaizzi, P. F. (1978), *Psychological research as a phenomenologist views it*. In: Valle, R.S. and King, M., Eds., *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*, Oxford University Press, New York, 48-71.
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019), What makes a difficult

- patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics, *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 898-911.
- Greden, J. F. (2001), The burden of disease for treatment-resistant depression, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 26-31.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994), Competing paradigms in qualitative research, *Handbook of qualitative Research*, 2(163), 105-118.
- Hahn, S. R. (2001), Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship, *Annals of Internal Medicine*, 134(9, Part 2), 897-904.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M., & Verloin deGruy, F. (1996), The difficult patient, *Journal of General Internal Medicine*, 11(1), 1-8.
- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., & Löwe, B. (2009), Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study, *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 189-197.
- Jackson, J. L., & Kroenke, K. (1999), Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes, *Archives of Internal Medicine*, 159(10), 1069-1075.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007), Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678.
- Katz, R. N. (2013, November), How do we define "difficult" patients? In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 40, No. 6, p. 531), Oncology Nursing Society.
- Katz, R. C. (1996), "Difficult patients" as family physicians perceive them, *Psychological Reports*, 79(2), 539-544.
- Khazaie, H., Rezaie, L., & de Jong, D. M. (2013), 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*, 35(3), 314-319.
- Khaleghi, A., Mohammadi, M. R., Zandifar, A., Ahmadi, N., Alavi, S. S., Ahmadi, A., ... & Badrfam, R. (2018), Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents; in Tehran, 2017, *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 146-153.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B., & Schene, A. (2011), How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care, *Social Science & Medicine*, 72(4), 504-512.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B., & Schene, A. (2011), How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care, *Social Science & Medicine*, 72(4), 504-512.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006), "Difficult patients" in mental health care: A review, *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988), Personality disorder: the Patients psychiatrists dislike, *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), 44-49.
- Lorenzetti, R. C., Jacques, M., Donovan, C., Cottrell, S., & Buck, J. (2013), Managing difficult encounters: Understanding physician, patient and situational factors, *American Family Physician*, 87(6), 419-425.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>.
- Maunder, R. G., Panzer, A., Viljoen, M., Owen, J., Human, S., & Hunter, J. J. (2006), Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style, *Social Science & Medicine*, 63(2), 552-562.
- McCrone, P., Rost, F., Koeser, L., Koutoufa, I., Stephanou, S., Knapp, M., ... Fonagy, P. (2018), The economic cost of treatment-resistant depression in patients referred to a specialist service. *Journal of Mental Health*, 27, 567-573.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975), A

- conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy, *Archives of general psychiatry*, 32(8), 1031-1038.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2015), Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting stress, *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344.
- Modestin, J., Greub, E., & Brenner, H. D. (1986), Problem patients in a psychiatric inpatient setting, *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 235(5), 309-314.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001), Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities, *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361-367.
- Quaranta-Leech, A., & Zaporozhets, O. (2021), Exploration of Therapist Characteristics and Therapeutic Models for Work with Difficult Clients, *Herald of Kyiv Institute of Business and Technology*, 48(2), 45-51.
- Ozen M. E., Orum, M.H, Kalenderoglu A, et al. (2018), Attention-deficit/ hyperactivity disorder in patients attending remedial treatment due to substance use disorder in Adiyaman University Training and Research Hospital, *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(2), 57-62.
- Pérez-López, F. R. (2011), Difficult ("heartsink") patients and clinical communication difficulties, *Patient Intelligence*, 3, 1-9.
- Quinn, B. (2002), How psychotherapists handle difficult clients: Lessons for librarians. *The Reference Librarian*, 36(75-76), 181-196.
- Rao, S., Heidari, P., & Broadbear, J. H. (2020), Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder, *Current Opinion in Psychiatry*, 33(5), 441-446.
- Roberts, L. W., & Dyer, A. R. (2003), Caring for "difficult" patients, *Focus*, 1(4), 453-458.
- Russell, S., Daly, J., Hughes, E., & Hoog, C. O. T. (2003), Nurses and difficult patients: negotiating non-compliance, *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 281-287.
- Santamaria, N. (2001), The relationship between nurses' personality and stress levels reported when caring for interpersonally difficult patients, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 20-6.
- Sherba, R. T., Linley, J. V., Coxe, K. A., & Gersper, B. E. (2019), Impact of client suicide on social workers and counselors, *Social Work in Mental Health*, 17(3), 279-301.
- Sperry, L. (2006), Biopsychosocial issues: Psychotherapy and medication: Mind-brain strategies for optimizing treatment with difficult clients, *Journal of Individual Psychology*, 62(1), 70.
- Softas-Nall, L., & Hanna, F. (2013), Counseling and Psychotherapy with Difficult Clients/Family Members: An Interview with Fred Hanna, *The Family Journal*, 21(1), 117-121.
- Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001), The 'difficult patient' as perceived by family physicians, *Family Practice*, 18(5), 495-500.
- Sulzer, S. H. (2015), Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder, *Social Science & Medicine*, 142, 82-89.
- Thériault, A., & Gazzola, N. (2005), Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists, *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 11-18.
- Thériault, A., & Gazzola, N. (2010), Therapist feelings of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 233-243.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006), Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice, *Family Practice*, 23(4), 414-420.
- Yárnöz-Yaben S. (2010), Attachment style and adjustment to divorce, *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 210-219.
- Whitty, P., & Devitt, P. (2005), Surreptitious prescribing in psychiatric practice, *Psychiatric Services*, 56(4), 481-483.
- Wilson, H. (2005), Reflecting on the 'difficult' patient, *New Zealand Medical Journal*, 118, 1384-1395.