رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۲، شماره پیاپی ۸۳، اردیبهشت ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(2), 2023

مقاومت در روان‌درمانی، از مفهوم‌پردازی تا مداخلات درمانی: یک مطالعه مروری

Resistance in Psychotherapy, from Conceptualization to Therapeutic: A Review Study

دکتر محمدعلی گودرزی
استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
محجوبه پورابراهیمی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
رضا امیرتیموری
کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، سازمان آموزش و پرورش، کرمان، ایران.

چکیده

بیشتر نظریه‌ها مهم‌ترین مشکل در جریان روان‌درمانی را حل و فصل مقاومت‌ها می‌دانند و مفاهیم، معانی و تأثیرات مشابهی را برای ظهور آن ارائه می‌کنند؛ اما اکثر نظریه‌پردازان به طور گسترده‌ای هم در تعریف انواع مقاومت و علل فرضی آن و هم در روش‌های برخورد با بیماران مقاوم متفاوت عمل می‌کنند. در این مقاله سعی بر آن بوده است که به بررسی مروری روایتی مفهوم مقاومت از منظر رویکردهای مختلف روانشناسی و تکنیک‌های درمانی پیشنهادی این رویکردها، از طریق جستجوی کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع پژوهش در پایگاه‌های معتبری مانند Science Direct، Elsevier، Magiran، SID، Google Scholar و PubMed، و بررسی مطالعاتی که بین سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۲ منتشر شده بودند، پرداخته و آخرین تجدیدنظرها در زمینه‌ی نحوه چالش با مقاومت ارائه شود. مقالاتی که به صورت خلاصه مقالات، گزارش‌های کوتاه و بدون دسترسی به متن کامل مقاله بودند، از مطالعه حذف شدند. از ۱۲۸مقاله جستجو شده، ۳۳ مقاله انتخاب شد و مفهوم مقاومت و مداخلات مربوط از منظر رویکردهای روان‌تحلیلی، شناختی-رفتاری، روانشناختی اجتماعی، انسان‌گرایانه و کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بررسی شد. نتایج نشان داد که این پدیده به طور کلی با ویژگی‌های شخصیتی و بینش مراجع، ساختار و سبک درمان، رابطه درمانی و تکنیک‌های درمانی، ویژگی‌ها و نگرش‌های بین فردی درمانگر ارتباط دارد. از این‌رو، درک درست مفهوم مقاومت، شناسایی عوامل تهدیدکننده و مستعدکننده مقاومت و در صورت لزوم انجام مداخلات مناسب توسط متخصصان و درمانگران ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: *مقاومت در درمان، مقاومت در روان‌درمانی، مقاومت درمانجو، مروری روایتی.*

Dr. Mohammad Ali Goodarzi
Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
Mahjoubeh Pourebrahimi *
Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
m.pourebrahim_psy@yahoo.com
Reza Amirteymoori
MA, Educational Psychology, Education Department, Kerman, Iran.

Abstract

Most of the theories consider the most critical problem in the course of psychotherapy to be the resolution of resistance and present similar concepts, meanings, and effects for its appearance; But most theorists differ widely both in the definition of the types of resistance and its supposed causes and in the methods of dealing with resistant patients. In this article, an attempt has been made to narrative review of the concept of resistance from the perspective of different psychological approaches and the therapeutic techniques proposed by these approaches, by searching for keywords related to the research topic in reliable databases such as Science Direct, Elsevier, Magiran, SID, Google Scholar, and PubMed, and reviewing the studies that were published between 1990-2022 and present the latest revisions in the field of how to challenge resistance. Articles in the form of summaries of essays, short reports, and without access to the full text of the article were excluded from the study. From 150 searched articles, 33 articles were selected and the concept of resistance and related interventions were examined from the perspective of psychoanalytical, cognitive-behavioral, social-psychological, humanistic, and short-term solution-oriented approaches. The results showed that this phenomenon is generally related to the personality characteristics and insights of clients, the structure and style of treatment, therapeutic relationships, therapeutic techniques, characteristics, and interpersonal attitudes of the therapist. Therefore, it is necessary to understand the concept of resistance, identify the threatening and predisposing factors of resistance and, if necessary, carry out appropriate interventions by specialists and therapists.

Keywords: *Resistance in treatment, Resistance in psychotherapy, Patient resistance, Narrative review.*

نوع مقاله : مروری سیستماتیک **دریافت :** فروردین ۱۴۰۱ **پذیرش:** بهمن ۱۴۰۱ **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

مقدمه

در حالی که تحقیقات زیادی بیانگر اثربخشی روان‌درمانی در برخورد با انواع مشکلات روان‌شناختی هستند، اما مطالعات چشمگیری به طور مداوم نشان داده‌اند که حدود ۵۰ درصد از مراجعان هیچ تغییری در روان‌درمانی تجربه نمی‌کنند و حدود ۲۰ درصد از مراجعان این فرآیند را پیش از موعد ترک می‌کنند (دراگ[1]، ۲۰۱۵؛ یامان[2]، ۲۰۲۱). بنابراین مطالعه عواملی که ممکن است در عدم بهبود مراجعین نقش دارند، از اهمیت بالایی برخوردار است. مطالعات هنگام تأمل بر این عوامل، به مراجعینی رسیده‌اند که گاهی‌اوقات برای بیان خود در درمان و یا پذیرش روند درمان مشکل دارند. واکنش‌پذیری[3]، بی‌میلی[4]، اجتناب و تردید[5] برای تغییر، که ده‌ها سال است در حوزه‌های روان‌درمانی و پزشکی مورد توجه قرار گرفته و تحت مفهوم کلی مقاومت[6] در درمان بررسی می‌شود (همان منبع).

مقاومت در درمان، به ترفندهای گوناگونی اشاره دارد که بیمار برای مقابله با همان فرآیندی که برای کمک‌خواهی به آن اعتماد کرده است، به‌کار می‌برد و ممکن است چنان شدید باشد که او را از ادامه درمان باز دارد و تلاش‌های درمانگر را برای حفظ درمان ناکام بگذارد (عباس[7]، ۲۰۱۶). در سال‌های اخیر این مفهوم اهمیت بالینی و تجربی اجتناب‌ناپذیری پیدا کرده است و مهم‌ترین عامل در تعیین موفقیت یا شکست درمان تلقی می‌شود؛ تا آنجا که یک مجموعه قوی از تحقیقات نشان می‌دهد سطوح بالای مقاومت، به طور مداوم با نتیجه ضعیف و خاتمه زودهنگام درمان همراه است (اوزر[8]، ۲۰۱۷؛ بلوکباسی[9]، ۲۰۲۰).

فروید[10] (۱۹۵۳/۱۹۰۰) اولین کسی بود که در مورد مقاومت نوشت و آن را "هر آنچه پیشرفت کار تحلیلی را مختل می‌کند" توصیف کرد (دراگ، ۲۰۱۵). از نظر وی مقاومت پا به پای درمان پیش می‌رود. هر تداعی واحد و هر عمل بیمار را باید در زمره‌ی مقاومت او به شمار آورد و مصالحه‌ای دانست میان نیروهای خواستار بهبود و نیروهای متضاد آن. مفهومی که ابتدا در قالب مقاومت‌های بیمار برای یادآوری و تداعی آزاد پدیدار شد، اما به زودی تا آنجا گسترش یافت که تمام موانع بر سر راه اهداف و روند تحلیل که از درون بیمار منشأ می‌گیرند، را در برگرفت. چنین دیدگاهی در مورد مقاومت، فرصتی فراهم کرد تا این مفهوم از روانکاوی به انواع روان‌درمانی‌ها تعمیم یابد و باعث شد حتی مقاومت در تجارب معمول پزشکی به صورت فراموش کردن وقت ملاقات، سوءتعبیر دستورالعمل‌های پزشک، دلیل‌تراشی برای قطع درمان، و ... نیز بخشی از تظاهرات مقاومت در درمان محسوب شود (عباس، ۲۰۱۶).

توجه به این مفهوم مهم در درمان و تأثیر آن بر نتایج درمانی منجر به آن شد که تعاریف مختلف اما با مضمون مشابه برای آن ارائه شود. از جمله، دنت و گلدبرگ[11] (۱۹۹۹) مقاومت را نتیجه‌ی نگرش‌های منفی می‌دانند که افراد را از پیشرفت باز می‌دارد. پیدریت[12] (۲۰۰۰) هم از تعریف مشابهی برای توضیح مقاومت استفاده کرده و فرد را دارای احساسات منفی می‌داند که از تغییر جلوگیری می‌کند. کری[13] (۲۰۰۴) مقاومت را به عنوان شرایطی تعریف می‌کند که اطلاعات عمیقی در مورد مشکلات شخصی و احساسات دردناک مراجع ارائه می‌دهد (یامان، ۲۰۲۱).

مکاتب مختلف روان‌شناسی نیز به منظور شناسایی، مدیریت و رفع مقاومت، درک خود را از آن توسعه داده و مقاومت را رفتار گسترده‌ای می‌دانند که دفاع و سپری است ناشی از انگیزه‌های ناسازگار یا متناقض و می‌تواند به صورت درونی (در ذهن مراجع)، بین فردی (بین مراجع و سایر افراد) و بیرونی (بین مراجع و محیط آن‌ها) تجربه شود (دراگ، ۲۰۱۵). این رویکردها شاخص‌های رفتاری زیادی را نشان‌دهنده‌ی ظهور مقاومت در درمان فردی و گروهی می‌دانند که برخی از آن‌ها عبارتند از: شرکت نکردن در جلسات (فراموش کردن روز/زمان جلسه)، دیر آمدن، زیر سؤال بردن اعتماد در گروه، نادیده گرفتن یکدیگر، کمک نکردن به یکدیگر، مشورت خواستن، محافظت از سایر

1. Drage
2. Yaman
3. reactance
4. reluctance
5. indecision
6. resistance
7. Abbas
8. Ozer
9. Bölükbaşı
10. Freud
11. Dent & Goldberg
12. Piderit
13. Corey

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

اعضا، صحبت کردن زیاد یا صحبت نکردن، توقف ناگهانی هنگام صحبت کردن، سکوت‌های انتخابی و موقت، لغزش زبانی، تلاش برای تصحیح کلمه‌ای که گفته است، صحبت در مورد مشکلات جانبی به جای مشکلات اساسی، ناتوانی در تعیین اهداف رفتاری، تمایل به معاشرت در خارج از گروه بدون صحبت کافی در گروه، انجام ندادن تکالیف تعیین شده، و پرداختن به چیزهای دیگر در جلسات (اوزر، ۲۰۱۷؛ بلوکباسی، ۲۰۲۰). با توجه به فراوانی این رفتارها، جهت درک بهتر مقاومت، طبقه‌بندی و بررسی انواع آن ضروری به نظر می‌رسد. زیرا نوع و بافت مقاومت، منبع اطلاعاتی مهمی برای درمانگر محسوب می‌شود. تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی انجام شده و نشان داده‌اند که دامنه‌ی شکل‌هایی که مقاومت می‌تواند به خود بگیرد احتمالاً نامحدود است. بنابراین به نظر می‌رسد بررسی منابع مختلف مقاومت مفیدتر باشد، چرا که تعداد این منابع محدود است و تا اندازه‌ای انگیزه برای مقاومت خاص و کارکرد آن در زمان خاص را نشان می‌دهد.

همچنین توجه به رویکردهای مختلف نشان می‌دهد علی‌رغم اینکه مضمون مشابهی برای مقاومت در نظر می‌گیرند اما به طور گسترده‌ای در تعریف علل فرضی آن و در روش برخورد با بیماران مقاوم متفاوت عمل می‌کنند. از این رو جهت درک بهتر مقاومت، علاوه بر اینکه طبقه‌بندی و شناسایی انواع آن ضروری به نظر می‌رسد، بررسی نگاه رویکردهای مختلف به این مفهوم، منبعی که برای آن در نظر می‌گیرند و راهبردهای درمانی پیشنهادی نیز مهم تلقی می‌شود. زیرا وجود یک نگاه اجمالی به این مفهوم از منظر رویکردهای مختلف، می‌تواند منجر به درک بهتر مکانیسم‌های زیربنایی این عامل شود. بعلاوه، نتایج پژوهش حاضر از نظر بالینی و کاربردی می‌تواند برای طراحی یک برنامه درمانی جامع برای مقابله با مشکلاتی که مقاومت در مسیر درمان ایجاد می‌کند، یا ایجاد انگیزه در مراجع با کمک مداخلات مناسب، مفید باشد. از این رو در این مقاله سعی بر آن بوده است که طبقه‌بندی‌های مختلف مفهوم مقاومت با توجه به منشأ آن بررسی شود. همچنین، این مفهوم از منظر رویکردهای مختلف روان‌شناسی و تکنیک‌های درمانی پیشنهادی هر رویکرد، و آخرین تجدیدنظرها در زمینه‌ی نحوه چالش با مقاومت ارائه شود.

روش

روش انجام پژوهش حاضر، مرور روایتی[1] مطالعات انجام شده درباره انواع مقاومت، مفهوم مقاومت و تکنیک‌های درمانی جهت چالش با آن از منظر رویکردهای مختلف روانشناسی می‌باشد و از طریق جستجوی کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع پژوهش از جمله مقاومت در درمان[2]، مقاومت در روان‌درمانی[3] و مقاومت درمانجو[4] در پایگاه‌های معتبری مانند Science Direct، Elsevier، Magiran، SID، Google Scholar و PubMed، و بررسی مطالعاتی که بین سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۲ منتشر شده بودند، انجام گرفت. مقالاتی که به صورت خلاصه مقالات، گزارش‌های کوتاه و بدون دسترسی به متن کامل مقاله بودند، از مطالعه حذف شدند و سرانجام ۳۳ مقاله داخلی و خارجی که عنوان یا چکیده آن‌ها دارای کلیدواژه‌های مذکور بودند، استخراج شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با توجه به منشأ مقاومت، طبقه‌بندی‌های مختلفی برای آن در نظر گرفته می‌شود. همچنین این یافته‌ها نشان دادند که رویکردهای روان‌تحلیلی، شناختی-رفتاری، روانشناختی اجتماعی، انسان‌گرایانه و کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، رویکردهایی هستند که به طور اختصاصی و به تفصیل درباره مقاومت و نحوه برخورد با آن پرداخته‌اند. در ادامه طبقه‌بندی‌های مختلف مقاومت به طور کلی، و مفهوم مقاومت و مداخلات درمانی جهت چالش با آن از منظر رویکردهای مذکور مورد بررسی قرار می‌گیرد و نتایج حاصل از آن‌ها در جداول ۱، ۲ و ۳ آورده شده است.

انواع مقاومت و منشأ آن‌ها

تا سال ۱۹۱۲ فروید جهت شناسایی منشاء مقاومت در بیماران تحت روانکاوی، تمایز عمده‌ای بین مقاومت انتقال و مقاومت سرکوبی قائل شد. نوع دوم که در ذات ساختار روانشناختی بیمار است، مقاومت نسبت به آگاه شدن از خاطرات و تکانه‌های دردناک یا خطرناک

1 Narrative Review
2. resistance in treatment
3. resistance in psychotherapy
4. patient resistance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

است و حامل نیروی درونی همواره حاضر (گرچه نوسان‌دار) است که در جهت خلاف اهداف درمانی عمل می‌کند، اما مقاومت‌های انتقالی ممکن است ناپدید شوند و حتی جای خود را به دلبستگی‌های انتقالی که ارتباط درمانی را تقویت می‌کنند بدهند (مسر[1]، ۲۰۰۲).

بعدها فروید در نظریه ساختاری خود که باعث تغییر چشمگیری در مفهوم مقاومت شد، اظهار نمود که خطر برای ایگو نه تنها از منبع غریزی بلکه از سوپرایگو و دنیای بیرونی نیز ناشی می‌شود. در همین زمان، فروید دومین نظریه‌اش در مورد اضطراب را مطرح ساخت و به جای بحث تبدیل لیبیدو به اضطراب به دنبال سرکوبی تکانه‌ی جنسی که در نظریه قبلی مطرح بود، اضطراب را به عنوان علامت خطر (اخطار) به ایگو تلقی نمود. در نظریه‌ی جدید نشانه‌ی خطر می‌توانست موجب فعالیت دفاعی ایگو شود، که این نیز به نوبه‌ی خود می‌توانست به مقاومت در تحلیل بیانجامد (کاناویز و میراندا[2]، ۲۰۱۱).

در ادامه فروید (۱۹۲۶)، بین پنج نوع اصلی مقاومت و منشا آن‌ها تمایز قائل شد.۱. *مقاومت سرکوبی*، تظاهر بالینی نیاز مراجع به دفاع از خودش در برابر تکانه‌ها، خاطرات و احساسات دردناک. ۲. *مقاومت انتقالی*، کشمکش در برابر تکانه‌های دوران کودکی که به صورت مستقیم یا تغییریافته در رابطه با روانکاو به صورت تجدید گذشته ظاهر می‌شوند. ۳. *مقاومت در نتیجه‌ی نفع بیماری (نفع ثانویه)*، زمانی رخ می‌دهد که بیمار از علامت بیماری نفع می‌برد. نفع ثانویه همچنین ممکن است ناشی از ارضای نیاز بیمار به تنبیه، یا گرایشات خودآزارانه‌ی پنهانی باشد. ازجمله بیمارانی که دچار "نوروزهای جبران" هستند. ۴. *مقاومت اید*، که از مقاومت تکانه‌های غریزی نسبت به هرگونه تغییری در روش و شکل تظاهرشان ناشی می‌شود و می‌توان آن را به عنوان بخشی از مقاومت روانشناختی کلی‌تر در برابر رها کردن عادات و دستیابی به الگوهای جدید عملکرد - مقاومت به یادگیری‌زدایی- در نظر گرفت. در برخی از نوشته‌های روانکاوی، این نوع مقاومت، ناشی از تنبلی، چسبندگی یا چسبناکی لیبیدو در نظر گرفته می‌شود. و ۵. *مقاومت سوپرایگو*، مقاومتی است که از احساس گناه بیمار یا نیاز او به تنبیه نشأت می‌گیرد. فروید تشخیص و مواجهه با "مقاومت سوپرایگو" را برای روانکاو از دیگر انواع مقاومت مشکل‌تر می‌داند. این مقاومت، منعکس‌کننده‌ی فعالیت حس گناه ناهشیار و مسئول واکنش ظاهراً متناقض بیمار به هر گامی در کار روانکاوی است که ارضای تکانه‌ای را که فرد به دلیل نهیب وجدانش در برابر آن دفاعی می‌شود، بازنمایی می‌کند. شدیدترین شکل چنین مقاومت سوپرایگویی را می‌توان در واکنش درمانی منفی دید (لنتز[3]، ۲۰۱۶).

از آن زمان به بعد وجوه دیگری از مقاومت نیز نام‌گذاری شد، از جمله مقاومت منش (ریچ[4]، ۱۹۳۳)؛ صیانت از هویت شکننده (اریکسون[5]، ۱۹۶۸)؛ حفظ امنیت درونی (سندلر، ۱۹۶۸)؛ محافظت از عزت‌نفس در بیماران مرزی و نارسیستیک (روزنفلد[6]، ۱۹۷۱؛ کوهوت[7]، ۱۹۸۴؛ کرنبرگ[8]، ۱۹۸۸)؛ و فرار از انسجام‌دهی به تجربه (کاچله و توما[9]، ۱۹۸۴؛ به نقل از باتلر[10] و همکاران، ۲۰۱۱).

گلاور[11] (۱۹۳۱) در طبقه‌بندی متفاوتی بین مقاومت‌های "آشکار" یا "زمخت" و مقاومت‌های "بی‌سروصدا" تمایز توصیفی قائل شد. مقاومت‌های زمخت شامل قطع درمان، تأخیر، فراموش کردن جلسات، سکوت‌ها، طول و تفصیل دادن، رد کردن خود به خود یا سوء تعبیر هر آنچه روانکاو می‌گوید، وانمود کردن به کندذهنی، حواسپرتی دائمی و خواب‌آلودگی است. مقاومت‌هایی که کمتر آشکارند در پشت پذیرش ظاهری الزامات موقعیت تحلیلی، پنهان می‌شوند و خودشان را به این شکل نشان می‌دهند که با هر چیزی که روانکاو می‌گوید موافقت می‌کنند، یا مطلبی را می‌گوید که فکر می‌کند روانکاو علاقه‌ی خاصی به آن‌ها نشان می‌دهد (برای مثال رؤیا). این مقاومت‌های بی‌سروصدا در مسیر جریان حرکت می‌کند نه در خلاف جهت آن (همان منبع).

فنیکل[12] (۱۹۴۵) نیز بین مقاومت‌های حاد و نقطه مقابل آن‌ها که انواع مخفی‌تر هستند، تمایز قائل شده و بیان می‌کند که مقاومت‌های پنهان‌تر عمدتاً خودشان را به صورت عدم تغییر در بیمار نشان می‌دهند حتی وقتی به نظر می‌رسد که کار روانکاوی بدون مانع پیش

1. Messer
2. Canavêz & Miranda
3. Lentz
4. Reich
5. Erikson
6. Rosenfeld
7. Kohut
8. Kernberg
9. Kachele & Thoma
10. Beutler
11. Glover
12. Fennikel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

می‌رود. در اینجا تمایز بالینی مهمی به ویژه در بافت تحلیل کاراکتر بین مقاومت‌های همخوان با ایگو و ناهمخوان با ایگو (یا با خود بیگانه) قائل می‌شود. احساس بیمار به مقاومت‌های ناهمخوان با ایگو این است که به اجبار در کار تحلیل وارد می‌شوند. از سوی دیگر، مقاومت‌های همخوان با ایگو از نظر بیمار مقاومت تلقی نمی‌شوند، بلکه او آن‌ها را واکنش‌هایی مقتضی به موقعیت تحلیل می‌بیند. اصطلاحات همخوان با ایگو و ناهمخوان با ایگو به قبل از مطرح شدن نظریه‌ی ساختاری باز می‌گردند و باید "همخوان با هوشیاری[1]" و "ناهمخوان با هوشیاری" تعبیر شوند (یامان، ۲۰۲۱).

استون (۱۹۷۳) و سپس دیوالد (۱۹۸۰) با تمایز قائل شدن بین مقاومت‌های راهبردی و تاکتیکی به نقاط مشترکی دست یافته‌اند. دیوالد بیان می‌کند که مقاومت‌های راهبردی عملیات روانی هسته‌ای اساساً ناهشیاری هستند که از طریق آن‌ها بیمار به دنبای ارضای سائق‌های اولیه و ابتدایی دوران کودکی و انشعابات سائق، انتخاب‌های ابژه، یا عملیات روانی دفاعی و انطباقی است. مقاومت‌های تاکتیکی بازتاب الگوهای رفتاری بین فردی و درون روانی فرد در سلسله مراتب مختلف سازمان‌دهی است که بیماران به واسطه‌ی آن‌ها در برابر آگاهی هشیارانه از مقلومت‌های راهبردی هسته‌ای و تعارضاتی که با آن‌ها درگیرند، از خودشان دفاع می‌کنند. تشخیص و شرح و بسط آن‌ها در طی فرآیند تحلیل، نحوه‌ی دستیابی به تحلیل ایگو، عملیات ترکیبی آن، و حفظ کلی سازمان روانی کاراکتر را نشان می‌دهد. دیوالد (۱۹۸۰) همچنین خاطرنشان می‌کند تظاهرات مقاومت در بین بیماران مختلف و در یک بیمار در طی دوره‌های مختلف تحلیل، متغیر و متفاوت است و در مسیر درمان باید درمانگر نسبت به این تغییرات در تظاهرات مقاومت آگاه باشد (باتلر و همکاران، ۲۰۱۱).

دوانلو[2] (۱۹۹۰) بیماران را از نظر میزان مقاومت در سه گروه (با مقاومت کم، با مقاومت متوسط و به شدت مقاوم) روی یک پیوستار قرار می‌دهد. بیماران کم مقاومت در انتهای چپ اختلالات سایکونوروتیک قرار می‌گیرند. این بیماران در مورد فقدان‌های گذشته (نوعاً پس از سن هفت سالگی) فقط سوگ دارند و هیچ خشمی در ناخودآگاه آن‌ها نیست. بنابراین، نه عذاب وجدان ناخودآگاه در مورد خشم دارند و نه سیستم خودتخریب‌گر. بیماران با مقاومت متوسط، دلبستگی ایمن داشته‌اند که بین ۴ تا ۷ سالگی، به دلیل ترومای شدید مختل شده و این تروما باعث خشم قتل‌خواهانه و احساس گناه در فرد شده است. این بیماران مقدار متوسطی رفتار خودمغلوب‌گر دارند. آن‌ها با مقاومت ماژور، به شکل جداسازی عاطفه و اضطراب ناخودآگاه مراجعه می‌کنند که اصولاً به صورت اضطراب ناخودآگاه عضلات مخطط ظاهر می‌شود. این دسته از بیماران حدود یک ششم مراجعین سرپایی روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند (معنوی‌پور، ۲۰۲۰).

بیماران به شدت مقاوم شایع‌ترین گروه (تقریباً نیمی از کل) بیماران ارجاع شده به مراکز روانپزشکی سرپایی هستند. آن‌ها با طیف وسیعی از نشانه‌ها و مشکلات منش مراجعه می‌کنند و معیارهای تشخیصی یک یا چند اختلال شخصیت را دارا هستند. زیر این کلکسیون مشکلات، فردی قرار دارد که بین دو تا پنج سالگی ترومایی را تجربه کرده که به خشم بدوی، عذاب وجدان مربوط به خشم و سوگ عمیق منجر شده است. این هیجانات در هر رابطه‌ای که پتانسیل قرابت هیجانی و خطر فقدان یا تروما را به همراه داشته باشند برانگیخته می‌شوند (عباس، ۲۰۱۶).

مسر (۲۰۰۲) بر اجتناب‌ناپذیری و همه‌گیر بودن مقاومت در درمان تأکید کرده و پنج شکل مقاومت را بیان می‌کند، از جمله: مقاومت در برابر شناخت احساسات، خیالات و انگیزه ها. مقاومت در برابر افشای احساسات نسبت به درمانگر. مقاومت به عنوان روشی برای نشان دادن خودکفایی. مقاومت به عنوان عدم تمایل مراجع برای تغییر رفتار خود در خارج از اتاق درمان. و مقاومت به عنوان پیامد عدم همدلی درمانگر.

علی‌رغم وجود اشکال مختلف مقاومت، اکثر مراجعین صرفاً در برابر تغییر مقاومت نمی‌کنند، بلکه در مورد تغییر مردد یا دوسوگرا هستند و حرکت‌هایی به سمت و علیه تغییر را نشان می‌دهند. بنابراین، بسیاری از جنبه‌هایی که به‌عنوان مقاومت مفهوم‌سازی شده، احتمالاً به عنوان "دوسوگرایی" بهتر درک می‌شوند. دوسوگرایی بین پیمان‌درمانی در جهت تغییر و مقاومت در جهت ثبات وضعیت. مفهومی که در دهه‌های اخیر نقش مهمی در عملکرد بالینی و تحقیقات با مدل مراحل تغییر بر عهده گرفته و به توسعه مصاحبه انگیزشی جهت افزایش انگیزه مراجع برای تغییر کمک کرده است (براگا[3] و همکاران، ۲۰۱۹).

مقاومت و پیمان‌درمانی

1. Consciousness syntonic
2. Davanloo
3. Braga

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

دوسوگرایی یک تجربه مشترک انسانی است و شامل ارزیابی همزمان یک موضوع هم به صورت منفی و هم مثبت، و دسترسی همزمان به افکار و احساسات متضاد می‌باشد و ممکن است با پیش‌بینی احساسات منفی -مانند احساس گناه، ترس، ناامیدی و پشیمانی- مرتبط باشد (همان منبع). این مفهوم از مؤلفه‌های هشیار و ناهشیار تشکیل شده است. در یک سمت مقاومت وجود دارد؛ نیرویی بسیار قوی در فرآیند درمان که بعد هشیار آن، امتناع از ارائه اطلاعاتی است که بیمار بر اهمیت آن‌ها واقف است و بعد ناهشیار آن نیز به‌کارگیری گسترده‌ای از سیستم‌های دفاعی مختلف است. اما در سمت دیگر، پیمان درمانی قرار دارد که مؤلفه‌های هشیار آن عبارتند از: میل بیمار به خوب شدن، همکاری با درمانگر، گفتن حقایقی که دردناک است، و رویارویی با احساسات ناراحت‌کننده خود و مؤلفه‌های ناهشیار آن شامل برقراری ارتباط به سبکی که درمانگر بتواند به استنباط اموری که در اعماق فکر و احساس بیمار می‌گذرد، بپردازد و فرآیند شناسایی و لمس آن‌ها را در بیمار تسهیل نماید. بنابراین مقاومت در مقابل پیمان‌درمانی قرار دارد، و پیامد گریزناپذیر سازوکار زیربنایی نوروزها، یعنی سرکوبی احساسات به سبب دردناک و غیرقابل پذیرش بودن آن‌هاست. از این روی، بیمار از هر مانعی برای گریز از به سطح آمدن و لمس کردن این احساسات استفاده می‌کند (اورمانچه[1] و همکاران، ۲۰۱۹) (شکل ۱).



شکل ۱. پیوستار مقاومت و پیمان‌درمانی (دوانلو، ۱۹۹۰)

مقاومت: منفی و مثبت

انواع مختلف مقاومت و وجود مؤلفه‌های هشیار و ناهشیار دخیل در آن، حاکی از ماهیت پیچیده مقاومت است که مقابله با آن را بسیار چالش‌برانگیز می‌کند؛ به گونه‌ای که مدیریت ناکارآمد مقاومت می‌تواند منجر به "بن‌بست‌درمانی" شود. این در حالی است که برخی درمانگران مشاهده کرده‌اند بهترین تلاش آنان برای غلبه بر بی‌میلی به تغییر، باعث تشدید مقاومت می‌شود. رفتارهای درمانی از جمله به‌کار بردن فشار زیاد، جهت‌دهی و ساختار دادن به درمان، می‌تواند منجر به اثر نامطلوب و تقویت نگرش مخالف شود (کی‌مایر[2]، ۱۹۹۰؛ سیلویا[3]، ۲۰۰۶؛ و کارنو و همکاران[4]، ۲۰۱۰). اما باید در نظر داشت که حضور مقاومت صرفاً مشکل‌ساز نیست. پیشرفت کند یا به ظاهر بی‌میل مراجع ممکن است نشانگر "عقل محافظ" وی باشد. چون تغییر می‌تواند برای افراد آسیب‌زا باشد و مقاومت ممکن است یک پاسخ مقابله‌ای معتبر باشد که درک آن به عنوان یک رفتار سازگار، می‌تواند منجر به تقویت همدلی و احترام به مراجعین شود (مسر، ۲۰۰۲). پاسخگویی همدلانه‌ای که مطالعات نشان داده‌اند میزان ادراک آن توسط مراجع، بر کاهش مقاومت و نتایج درمانی تأثیر مثبتی دارد (هارا[5] و همکاران، ۲۰۱۶؛ شوارتز[6] و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین اگرچه مقاومت به طور کلی پیشرفت درمان را مختل می‌کند (به عنوان مثال، وسترا و نوروزیان[7]، ۲۰۱۸)، شوارتز و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که اثرات مضر مقاومت ممکن است مختص شکل خصمانه آن باشد: در حالی که مقاومت کلی با نتیجه درمان ارتباطی ندارد و با توجه به ویژگی‌های بیمار (از جمله خودشیفته، وسواسی، عصبانی، مقاوم)، عوامل درمانگر (از جمله همدلی، نمایش ناامیدی) و درمان (به عنوان مثال، میزان هدایت و درجه ساختارمندی جلسه) تأثیر متفاوتی دارد. با این حال، توجه به نگاه رویکردهای مختلف به مفهوم مقاومت، منبعی که برای آن در نظر می‌گیرند و راهبردهای درمانی مهم تلقی می‌شود. در جدول ۱ خلاصه‌ای از انواع مقاومت از دیدگاه نظریه‌پردازان مختلف آورده شده است.

جدول۱. انواع مقاومت از دیدگاه نظریه‌پردازان مختلف

نویسنده (سال)	نظریه‌پرداز (سال)	انواع مقاومت
مسر (۲۰۰۲)	فروید (۱۹۱۲)	- مقاومت انتقال و مقاومت سرکوبی
	مسر (۲۰۰۲)	

1. Urmanche
2. Kilmayer
3. Silvia
4. Karno
5. Hara
6. Schwartz
7. Westra & Norouzian

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

		۱.مقاومت در برابر شناخت احساسات، خیالات و انگیزه ها. ۲. مقاومت در برابر افشای احساسات نسبت به درمانگر. ۳. مقاومت به عنوان روشی برای نشان دادن خودکفایی. ۴. مقاومت به عنوان عدم تمایل مراجع برای تغییر رفتار خود در خارج از اتاق درمان. و ۵. مقاومت به عنوان پیامد عدم همدلی درمانگر.
	مسر (۲۰۰۲)	- مقاومت مثبت و منفی
باتلر و همکاران (۲۰۱۱)	گلاور (۱۹۳۱)	- مقاومت‌های آشکار یا زمخت و مقاومت‌های بی‌سروصدا
	ریچ (۱۹۳۳)	- مقاومت منش
	اریکسون (۱۹۶۸)	- صیانت از هویت شکننده
	سندلر (۱۹۶۸)	- حفظ امنیت درونی
	روزنفلد (۱۹۷۱)، کوهوت (۱۹۸۴)، کرنبرگ (۱۹۸۸)	- محافظت از عزت‌نفس در بیماران مرزی و نارسیستیک
	کاچله و توما (۱۹۸۴)	- فرار از انسجام‌دهی به تجربه
	استون(۱۹۷۳)،دیوالد(۱۹۸۰)	- مقاومت‌های راهبردی و تاکتیکی
لنتز (۲۰۱۶)	فروید (۱۹۲۶)	۱. مقاومت سرکوبی۲. مقاومت انتقالی، ۳. مقاومت در نتیجه‌ی نفع بیماری (نفع ثانویه)، ۴. مقاومت اید و ۵. مقاومت سوپرایگو
اورمانچه و همکاران (۲۰۱۹)	دوانلو (۱۹۹۰)	مؤلفه‌های هشیار و ناهشیار مقاومت در مقابل مؤلفه‌های هشیار و ناهشیار پیمان درمانی
معنوی‌پور (۲۰۲۰)	دوانلو (۱۹۹۰)	بیماران با مقاومت کم، با مقاومت متوسط و به شدت مقاوم
یامان (۲۰۲۱)	فنیکل (۱۹۴۵)	مقاومت‌های حاد و پنهان
شوارتز و همکاران (۲۰۲۱)	شوارتز و همکاران (۲۰۲۱)	مقاومت مثبت و منفی

مفهوم مقاومت در رویکردهای مختلف

دیدگاه روان‌تحلیلی: فروید (۱۹۱۲) از آغاز تولد تحلیل روانی، نیرویی را شناسایی کرد که در جهت توقف یا سطحی‌سازی فرآیند افشا فعال می‌شود و آن را مقاومت نامید. مقاومت به عنوان مفهومی بالینی در بحث فروید در مورد تلاش‌های اولیه‌اش برای فراخوانی خاطرات "فراموش شده‌ی" بیماران هیستریک مطرح شد. قبل از شکل‌گیری تکنیک روانکاوی تداعی آزاد، زمانی که فروید هنوز از هیپنوتیزم و تکنیک "فشار" استفاده می‌کرد، هر آنچه در بیمار در جهت خلاف تلاش‌های پزشک برای تأثیر و نفوذ روی او بود، مقاومت تلقی می‌شد. از نظر فروید این گرایشات مخالف در موقعیت درمانی، بازتابی از همان نیروهایی بودند که باعث به وجود آمدن و حفظ گسستگی (سرکوبی) خاطرات دردناک از هوشیاری شده بودند. وی اظهار داشت "نیروی روانی در ابتدا فکر آسیب‌زا را از حافظه بیرون می‌راند و حالا در مقابل برگشت آن به حافظه مخالفت می‌کند". "نداستن" بیمار هیستریک در واقع "عدم تمایل به دانستن" بود – عدم تمایلی که احتمالاً کم و بیش آگاهانه بود. با ورود روانکاوی به مرحله دوم و پی بردن به اهمیت تکانه‌ها و آرزوهای درونی (در مقابل تجارب واقعی دردناک) در ایجاد تعارض و برانگیختن دفاع، تغییر عمده‌ای در مفهوم مقاومت صورت نگرفت. با این وجود مقاومت نه تنها مخالفت در برابر یادآوری خاطرات ناراحت‌کننده بلکه مخالفت در برابر آگاهی از تکانه‌های غیرقابل قبول نیز بود از این زمان به بعد، عامل مقاومت به یکی از پایه‌های نظریه‌ی فروید تبدیل شد (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۷).

در این فرمول‌بندی فروید (۱۹۹۰)، مؤلفه‌ی جدیدی دیده می‌شود. مقاومت، دیگر فرونشانی کامل محتوای ذهنی غیرقابل قبول تلقی نمی‌شود بلکه مسئول تحریف خاطرات و تکانه‌های ناهشیاری است که در تداعی‌های آزاد بیمار به صورت مبدل ظاهر می‌شوند. ارتباط بین پدیده بالینی مقاومت و فرآیندهای "تحریف" یا "سانسور" طبعاً به این فرمول‌بندی منجر شد که مقاومت چیزی نیست که گاهی در طول تحلیل ظاهر شود – مقاومت همواره در طی درمان حضور دارد و طبق اظهار فروید (۱۹۱۴)، هر نوع روان‌درمانی که پدیده مقاومت را به عنوان یک واقعیت در نظر بگیرد، و آن‌ها را هسته کار خود قرار دهد در واقع تحلیل روانی است (کومای[1]، ۲۰۱۵).

پس از فروید، تقریباً تمامی متخصصان درمانگری پویشی در تعریف و ابداع روش‌هایی برای کاهش یا مهار مقاومت کوشیده‌اند و تنش ناشی از نیاز بیمار به رهایی از اختلال و انگیزه گریز از آنچه دردناک است -در قالب مقاومت در برابر مداخلات درمانی- را هسته تعارض روانی در فرآیند درمان می‌دانند. شیوه‌ی مواجهه‌ی درمانگر با این تعارض در موقعیت درمانی اهمیتی اساسی دارد، و این، هسته اصلی ابتکارات دوانلو (۱۹۹۰) بود. بنابراین مرور پیشینه این رویکرد نشان می‌دهد بیش از یک قرن است که گزارش‌های روانکاوی و روان‌پویشی

1. Comay

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

بر اهمیت مقاومت در درمان بسیار تأکید کرده‌اند، هم به عنوان وسیله‌ای برای سنجش چگونگی ادامه درمان و هم به عنوان یک هدف از درمان (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۷).

دیدگاه شناختی-رفتاری: درمانگران شناختی- رفتاری بر اساس عدم موفقیتی که از کاربرد ساده مداخلات شناختی- رفتاری برای بیماران با تصویر بالینی پیچیده داشته‌اند، موضوع مقاومت را مورد توجه قرار داده و همانند درمانگران تحلیلی مقاومت را پدیده‌ای عادی دانسته، معنای یکسانی برای مفهوم مقاومت قائل شده و رفتارهای یکسانی را نشانگر مقاومت می‌دانند. این دو گروه توافق دارند که رفتارهای "اجتناب" و "حمله" برجسته‌ترین مقاومت مراجع هستند و رفتارهای درمانی که به احتمال زیاد باعث ایجاد مقاومت در مراجع می‌شوند، رفتارهای "آموزنده و مستقیم" از جمله پرسیدن سؤال درباره ماهیت و منشاء شکایت می‌باشد (ورهالست و ون‌دی‌ویجور[1]، ۱۹۹۰). علی‌رغم این تشابهات، درمانگران شناختی-رفتاری با نسبت دادن مقاومت به تأثیر تغییر بر افراد و نه نیروهای ناخودآگاه، با درمانگران تحلیلی تفاوت داشته (نیومن[2]، ۱۹۹۴) و آن را به عنوان روشی که مراجع برای محافظت از باورهای اصلی، نگرش‌ها و برداشت‌های خود در مورد دیگران و جهان به کار می‌برد، می‌شناسند. اگر مراجع تغییر باورها و نگرش‌ها (یا پیامدهای این تغییر) را تهدیدآمیز تلقی کند، ممکن است با مداخله یا اطلاعات جدید، مخالفت کند یا آن‌ها را نادیده بگیرد (کووان و پرزبوری[3]، ۲۰۰۰).

لیهی[4] (۲۰۰۱) اصطلاح مقاومت را از تئوری روانکاوی و روان‌پویشی وارد درمان شناختی کرد، اما آن را در یک مدل شناختی چندبعدی از مقاومت که توسط تحقیقات اساسی در شناخت اجتماعی و علوم شناختی تأیید شده است، از نو سازمان‌دهی کرد و در مدل خود به مدل‌های شناختی مقاومت بک[5]، الیس[6] و برنز[7]، نیز اشاره کرده است. در این دیدگاه مراجعان و درمانگران به یک اندازه مسئول ایجاد مقاومت در مراجع هستند (نیومن، ۲۰۰۲) و تفاوت‌های بین دنیای ذهنی آن‌هاست که در شکل‌گیری مقاومت نقش دارد (کووان و پرزبوری، ۲۰۰۰).

در این رویکرد، باورهای غیرمنطقی مراجع، دلیل ارجاع وی به درمان و چگونگی تغییر، مهم‌ترین عواملی هستند که مقاومت را تعیین می‌کنند و پایبندی به درمان به مقاومت بستگی ندارد، بلکه به افکار مراجع در مورد مقاومت بستگی دارد. به عبارت دیگر، تصور می‌شود که زیربنای مقاومت، افکار «چگونه/باید»، انتظارات غیرواقعی و باورهای غیرمنطقی است که در اکثر مراجعان مشاهده می‌شود. باورهای مراجعان مبنی بر اینکه «تغییر کردن بسیار دشوار است» یا «حتی اگر تلاش کنم به نحوی موفق نمی شوم». بر اساس رویکرد شناختی، مقاومت در درمان عموماً به عنوان «مقاومت طرحواره‌ای، مقاومت تأیید، مقاومت اخلاقی و مقاومت رویه» دیده می‌شود. به عنوان مثال، "طرحواره‌ای" مانند «فرد باهوش به درمان نمی‌رود» روی رویکرد مراجع به فرآیند درمانی تأثیر می‌گذارد. "مقاومت در برابر تأیید" به انتظارات شدید مراجع برای درک و تأیید شدن توسط مشاورش اشاره دارد. "مقاومت اخلاقی"، آن دسته از افکار مراجع است که خود را با عبارت «چگونه/باید» نشان می‌دهد. "مقاومت رویه" نیز نوعی مقاومت مشاهده شده در مراجعینی است که در پذیرش قوانین فرآیند درمانی مشکل دارند. پردازش طرحواره‌ای مراجعان حتی در محیط درمان نیز خود را نشان می دهد و ممکن است در رابطه درمانی اختلال ایجاد کند. همچنین مقاومت اغلب به عنوان عدم انطباق با درمان در نظر گرفته می شود، که اغلب به اشکالی مانند تکمیل نکردن تکالیف یا وظایف بین جلسات دیده می‌شود. این عدم انطباق با استفاده از مدل‌های یادگیری و تقویت توضیح داده شده است. در این دیدگاه، عواملی که غالباً به مقاومت کمک می‌کنند عبارتند از فقدان مهارت‌های مراجع، شرایط تقویتی (مثلاً تقویت‌کننده‌های نامناسب)، و ناسازگاری هدف بین درمانگر و مراجع (هارا و همکاران، ۲۰۱۵).

دیدگاه روانشناختی اجتماعی: روان‌شناسان اجتماعی، جونز و هریس[8] (۱۹۶۷) دریافتند که افراد تمایل دارند که علت رفتار دیگران را به صفات درونی و نه علل موقعیتی ربط دهند. اینکه مراجع و درمانگر مشکلات مراجع را به عنوان یک صفت، به جای یک رفتار تحت

1. Verhulst & van de Vijver
2. Newman
3. Cowan & Presbury
4. Leahy
5. Beck
6. Ellis
7. Burns
8. Jones & Harris

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

تأثیر شرایط زندگی یا شرایط درمانی، در نظر می‌گیرند نیز تکرار همین اشتباه در محیط درمان است. در این صورت مراجع ممکن است خود را فاقد کنترل بر رفتارش بداند و در برابر تغییر و درمان، مقاومت کند (جاست[1]، ۲۰۱۵).

دیدگاه انسان‌گرایانه: در این دیدگاه، مقاومت مفهومی است که با ناتوانی درمانگر در پرداختن به احساسات و رفتارهای مراجع طبقه‌بندی می‌شود. به عبارت دیگر، مقاومت نوعی دفاع طبیعی است و توسط مراجعی ایجاد می‌شود که در برابر نگرش‌های نادرست مشاور احساس خطر می‌کند. بر اساس این رویکرد، هدف اصلی راجرز، دانستن و درک عمیق ادراک و کلام درونی مراجع بود. برای انجام چنین وظیفه قانع‌کننده‌ای، مهم است که قضاوت و دیدگاه شخصی را کنار بگذاریم و سعی کنیم بخشی از تجربه مراجع باشیم. برای یکپارچه شدن با مراجع، راجرز رابطه بین مراجع و درمانگر را به عنوان عمل یکی شدن دو ادراک ذهنی در دنیای درونی مراجع، با هدف ایجاد درک بهتر برای مراجع توصیف می‌کند. راجرز این فرآیند را به عنوان پدیده‌ای درمانی تعریف می‌کند و به دنبال درک آنچه در این تجربه متقابل اتفاق می‌افتد، است. سؤالات «چرا» در این زمینه، به دنبال توضیح ماهیت و پویایی رفتار انسان است. راجرز همچنین اظهار داشت که وقتی درمانگر وارد دنیای یک مراجع می‌شود، او خود را در سرزمینی بیگانه می‌بیند که در آن نباید سعی کند از اختیارات خود برای مداخله در رویدادها استفاده کند، بلکه باید تلاش کند تا با آن هماهنگ باشد (راجرز[2]، ۲۰۰۷).

وی (۱۹۵۹) دو مکانیسم روان‌شناختی را معرفی می‌کند که آن‌ها را انکار و تحریف نامیده است. وجود انکار و تحریف ناشی از تقسیم بین تجربیات در سطح ارگانیسمی و تصدیقات در «خودپنداره» است. این اصطلاحات به عنوان نگهبانان آگاهی، هشیارانه عمل می‌کنند. هر گونه اطلاعات جدیدی که درک فرد از واقعیت را تهدید کند، به دنیای درونی او دسترسی ندارد. خودپنداره با کمک انکار و تحریف در برابر تجربیات بیگانه محافظت می‌شود و از شناسایی اطلاعات بیگانه که برای وضعیت ذهنی مراجع متناقض است به عنوان تجربه شخصی جلوگیری می‌شود. بنابراین، آگاهی هشیارانه‌ی فرد مجبور نمی‌شود که در برابر دوسوگرائی‌ها یا خودنگری مثبت تلاش کند. راجرز (۱۹۵۱) این مکانیسم های روانشناختی را به شرح زیر توصیف می کند:

• انکار: انکار زمانی اتفاق می‌افتد که خودپنداره فرد با احساسات او در تضاد باشد. اطلاعات جدید از رسیدن به آگاهی منع می‌شوند، زیرا ممکن است منجر به سقوط اعتماد به نفس مثبت شود. به‌عنوان مثال، نقش مادری برای فرزندان ممکن است به یک کار خسته کننده تبدیل شود. آگاهی هشیارانه اجازه نمی‌دهد که این تجربه تصدیق شود. از آنجایی که نقش مادری دلسوز که توسط مادر فوق اتخاذ می‌شود، با احساس ملال در تضاد است، تجربه ارگانیسمیک تهدیدی برای جهان‌بینی مادر تلقی می‌شود و در نتیجه انکار می‌شود.

• تحریف: تحریف به عنوان یک مکانیسم تفسیر نادرست عمل می‌کند. در حالی که هدف انکار نادیده گرفتن اطلاعات است، تحریف به منظور دستکاری آن به خاطر خودپنداره و حل تضادها است. مفهوم ملال در مثال مادر در بالا می‌تواند به عنوان فرسوده‌بودن تفسیر شود و بنابراین، نسخه تأیید شده‌ی ملال تهدیدی علیه خودپنداره ندارد (یامان، ۲۰۲۱).

بنابراین رویکرد راجرزی (انسان‌گرایانه) مقاومت را به عنوان مانعی برای جلوگیری از آگاهی فرد از تهدیدات در محیط غیردوستانه وی توصیف می‌کند، یعنی چیزی که با سازماندهی فعلی خود در تعارض است. این رفتارهای دفاعی به مراجع کمک می‌کنند تا برای شیوه‌ی زندگی خود در جهان ثبات پیدا کند، اما به طور بالقوه درک نادرستی از محیط به مراجع می‌دهد. بنابراین بیمار باید خودش مدعی تغییر شود و با خودش کلنجار برود نه با درمانگر (راجرز، ۲۰۰۷).

دیدگاه کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور: دیدگاه راه‌حل‌محور مفهوم مقاومت را به عنوان عدم تمایل مراجع به تغییر و خروج درمانگر از سیستم درمان تلقی می‌کند. در این رویکرد، مقاومت به عنوان یک مفهوم مفید دیده نمی‌شود و مقاومت و انکار را مفاهیم نامربوطی می‌دانند. در واقع همکاری جوهره دیدگاه راه‌حل‌محور است و رویکرد مشارکتی به مقاومت مهم است، نه قدرت و کنترل. بنابراین، برای درمانگر ضروری است که کانال‌های ارتباطی را برای مراجع باز گذارد. دی شازر[3] (۱۹۹۴) بیان می‌کند که مفهوم مقاومت مانع از درمان می‌شود، زیرا به این معناست که مراجع نمی‌خواهد تغییر کند. حال چنانچه درمانگر با جست‌وجوی واکنش منفی (مقاومت) از سوی مراجع، رابطه درمانی را آغاز کند، درمان ممکن است به دلایل متعددی از جمله توانایی ناکافی درمانگر برای ایجاد همدلی، از دست دادن علاقه مراجع به دلیل تمرکز بر مسائل بی‌اهمیت، و یا محدود ماندن به یک روش درمانی واحد، بی‌اثر شود. با وجود چنین مشکلاتی، درمانگران

1. Jost
2. Rogers
3. DeShazer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

مسئول ایجاد شرایط بهتر برای احیای همکاری هستند (زاتلوکال[1] و همکاران، ۲۰۱۹). در جدول ۲ خلاصه‌ای از مفهوم مقاومت از دیدگاه رویکردهای مختلف روان‌شناسی آورده شده است.

جدول ۲. مفهوم مقاومت از دیدگاه رویکردهای مختلف روان‌شناسی

رویکرد روان‌شناسی	نویسنده (سال)	نظریه‌پرداز (سال)	انواع مقاومت
رویکرد روان‌تحلیلی	نوروزی و همکاران (۱۳۸۷)	فروید (۱۹۱۲)	- فرونشانی کامل محتوای ذهنی غیرقابل قبول و توقف یا سطحی‌سازی فرآیند افشا
		دوانلو (۱۹۹۰)	- تعارض درون‌روانی بین نیاز به رهایی از اختلال و انگیزه گریز از رویارویی با احساسات دردناک خود
			- تحریف خاطرات و تکانه‌های ناهشیاری که در تداعی‌های آزاد بیمار به صورت مبدل ظاهر می‌شوند.
	کومای (۲۰۱۵)	فروید (۱۹۹۰)	
رویکرد شناختی-رفتاری	ورهالست و ون‌دی‌ویجور (۱۹۹۰)		- رفتارهای اجتناب و حمله مراجع در جلسه روان‌درمانی - تهدیدآمیز تلقی‌کردن تغییر باورها و نگرش‌ها
	نیومن (۱۹۹۴) کووان و پرزبوری (۲۰۰۰)		- محافظت از باورهای اصلی، نگرش‌ها و برداشت‌های خود در مورد دیگران و جهان - تفاوت بین دنیای ذهنی درمانگر و مراجع
	هارا و همکاران (۲۰۱۵)	لیهی (۲۰۰۱)	- افکار «چگونه/باید»، انتظارات غیرواقعی و باورهای غیر منطقی مراجع
رویکرد روانشناختی اجتماعی	جاست (۲۰۱۵)	جونز و هریس (۱۹۶۷)	- ربط دادن علت رفتار به صفات درونی و احساس فقدان کنترل بر رفتار
رویکرد انسان‌گرایانه	راجرز (۲۰۰۷) یامان (۲۰۲۱)	راجرز (۲۰۰۷)	- نوعی دفاع طبیعی در برابر نگرش‌های نادرست و قضاوت‌های شخصی درمانگر (به دو صورت انکار و تحریف)
رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	زانلوکال و همکاران (۲۰۱۹)	دی‌شازر (۱۹۹۴)	- ناتوانی درمانگر در برقراری ارتباط مشارکتی با مراجع و درک دنیای درونی وی

مداخلات درمانی جهت چالش با مقاومت در رویکردهای مختلف

دیدگاه روان‌تحلیلی: روان‌تحلیلی، از همان آغاز، در درمان مقاومت، بینش و تأویل را در یک طرف می‌دید و رابطه‌ی هیجانی با روانکاو را در طرف دیگر، و این هر دو را ابزار اصلی درمان می‌دانست. این دوگانگی، که گاه سبب خلاقیت می‌شد، روان‌کاوان را نیز به اتخاذ مواضع مختلف واداشته و مکاتب مختلفی به‌وجود آورده است. در ابتدا که فروید (۱۹۱۲) در فرآیند تحلیل روانی با پدیده مقاومت روبه‌رو شد، سر تعظیم در برابر آن فرود آورد و موضعی چالش‌برانگیز و فعال در برابر آن اتخاذ نکرد. فروید کوشید تا غیرمستقیم و منفعلانه با این مانع روبه‌رو شود و در انتظار فروریزی خودجوش این دیوار در بلندمدت نشست. تحلیل‌گری سنتی، نفوذناپذیری مستقیم و سریع مقاومت و شکنندگی بیمار را در این خصوص مفروضه خود قرار داد. مفروضه‌ای که تا حدودی از سوگیری فروید در تمرکز بر نیروهای منفی وجود انسان ناشی می‌شد. نوآوری‌های پس از فروید، چه در چهارچوب تحلیل روانی و چه خارج از آن، اغلب چنین مفروضه‌ای را مبنای کار خود قرار دادند و سعی کردند همچنان به صورت آرام و غیرمستقیم با مقاومت روبه‌رو شوند. چنین راهبردی در خصوص مقاومت، فرآیند افشا را سطحی و کند می‌ساخت و درمانگری را به فرآیندی بلندمدت، سازمان‌نایافته، مبهم و غیرمستقیم تبدیل می‌کرد (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۷).

در دهه‌ی ۱۹۵۰ الکساندر[2] "تجربه هیجانی[3]" را مطرح کرد که با بی‌اقبالی مواجه شد، و همه به تأویل نظر داشتند تا این‌که بالینت و وینی‌کات بار دیگر بر اهمیت تجارب جدید تأکید کردند. این مناقشه هنوز هم میان روانکاوان فرویدی و کلاینی، که بر تأویل تأکید دارند، و روانکاوان متأثر از روان‌شناسی خود و رویکردهای مستقل، که تأثیر درمانی همنوایی و همدلی غیرکلامی باور دارند، ادامه دارد. مدعای

1. Zatloukal
2. Alexander
3. emotional experience

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

بحث انگیز کوهوت (۱۹۸۴) این است که تقریباً همه تأویل ها نوعی روانکاوی ناشیانه‌اند، مگر این‌که عکس آن ثابت شود، و محتوای تأویل را از شیوه‌ی ارائه‌ی آن تفکیک می‌کند. او معتقد است اگر محتوای تأویل بی‌ربط باشد اما با لحن مناسبی گفته شود باز هم اثربخش خواهد بود. وینی‌کات[1] (۱۹۷۱) و ولف[2] (۱۹۷۱) دو رویکرد روان‌کاو یعنی "همراه شدن با موضوع" و "انجام دادن کاری برای موضوع" را در برابر هم می‌نهند، و هنر و مهارت روانکار را در یافتن تعادل مناسب بین "همراه شدن" و "انجام دادن" می‌دانند. در عمل، پیش از آن‌که "انجام دادن" چیزی اثربخش باشد باید رابطه‌ای استقرار یابد که به قدر کافی با "همراه شدن" در آمیخته باشد. عوامل غیراختصاصی و مداخلات اختصاصی روان‌کاوی مکمل یکدیگرند نه جانشین یکدیگر. اما ارزش قائل شدن بیش از حد به تأویل انتقال به منزله‌ی اصلی‌ترین عامل شفابخش در روان‌کاوی به بهای نادیده گرفتن عوامل دیگری مانند تأیید، تصدیق، و حتی تحسین و حمایت تمام می‌شود. اکثر درمان‌های روانکاوانه، فارغ از جهت‌گیری نظری روان‌کاو، در قالب تعادل انعطاف‌پذیر میان تأویل و مداخلات حمایتی به پیش می‌روند و در خلال درمان میان دو انتهای این پیوستار در نوسان‌اند. در کل هر چه بیش‌تر به انتهای تأویلی پیوستار نزدیک شویم، بیش‌تر به درمان روانکاوانه نزدیک شده‌ایم. حمایت، تأیید و اطمینان‌بخشی از عناصر اصلی فن روانکاوی نیستند، اما بیمار را به توضیح بیش‌تر ترغیب می‌کنند و اخیراً در همه‌ی درمان‌های روان‌کاوانه دیده می‌شوند و کمک می‌کنند که روان‌کاو نه غیرانسانی به نظر برسد و نه ابر انسان. اکثر روان‌کاوان در برابر مشکل شخصی بیمار واکنش همدلانه مناسبی نشان می‌دهند و بدین طریق به بیمار می فهمانند که روانکاو هم‌چنان حاضر و زنده، در حال گوش دادن، پیگیر و در تلاش برای فهم بیمار است (عباس، ۲۰۱۶).

حمایت ← تأیید ← اطمینان‌بخشی ← همدلی ← تشویق ← توضیح ← روشن‌سازی ← مواجهه ← تأویل

درمان سطحی‌تر — درمان عمیق‌تر

شکل ۲. پیوستار مداخلات درمانی (بیتمن و هلمز، ۲۰۰۳)

فنون روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت نیز تأییدی بر چنین تصویری از روان‌درمانی بود. این روش درمانگری پویشی - که حبیب دوانلو (۱۹۹۰) آن را طراحی کرده است- روش بلندمدت، کم‌اثر، سازمان‌نایافته و نامشخص تحلیل روانی را به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل کرده است. از نظر مالان[3] (۱۹۸۰) پس از کشف ناهشیاری پویشی توسط فروید، این روش بزرگترین پیشرفت در روان‌درمانگری است. این روش درمانی، درمانگری پویشی نامیده شد، بدین علت که همچون روان‌تحلیل‌گری تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت، و توجه دقیق به پدیده انتقال را مبنای خود قرار داده است؛ اما مفهوم‌سازی آن از ناهشیاری، عوامل مهیاساز آسیب‌شناختی، و روش درمانگری به صورت رادیکال از دیگر مفهوم‌سازی‌های تحلیل روانی متمایز است. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح کنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و از این روی اصیل‌ترین نوع ارتباط و عمیق‌ترین شکل از فرهنگ صداقت و اصالت در تعامل درمانگر و بیمار متجلی می‌شود (معنوی‌پور، ۲۰۲۰). عباس (۲۰۱۶) نیز برگرفته از چارچوب روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP)[4] که حول محور عناصر کلیدی مشترک در انواع روان‌درمانی معاصر قرار دارد، استفاده از مداخله‌ی اعمال فشار، جهت دسترسی پی‌درپی به فرد نهفته در زیر مقاومت و کنار زدن مقاومت‌ها جهت پذیرندگی درمان و پروراندن ترحم به خود را بسیار مؤثر می‌داند. بنابراین همه‌ی مدل‌های روان‌تحلیلی، بر یک رویکرد غیرقضاوتی در برابر مقاومت تأیید می‌کنند، مقاومت را تعارض ناخودآگاه و درون‌روانی[5] در انگیزش می‌دانند و حفظ وضع موجود را یک پاسخ مقابله‌ای طبیعی به چشم‌انداز احتمالاً آسیب‌زای تغییر می‌دانند (انگل و هلیمان[6]، ۲۰۰۲؛ مسر، ۲۰۰۲؛ و کووان و پرزبوری، ۲۰۰۰).

دیدگاه شناختی- رفتاری: حل‌وفصل موفقیت‌آمیز مقاومت و ترمیم پیوند درمانی در دیدگاه شناختی-رفتاری، تنها توسط درمانگرانی تسهیل می‌شود که موضع خود را جهت تمرکز بر موضوعاتی که برای مراجعین مهم‌تر است، تغییر می‌دهند. درمانگرانی که چنانچه به

1. Winnicott
2. Wolff
3. Malan
4. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy
5. intrapsychic
6. Engle & Holiman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

گسستگی احتمالی پیوند درمانی مشکوک شوند، فوراً سرعت درمان را کاهش داده، دستور کار خود را در جلسه (مثلاً مداخله فنی) را کنار گذاشته و توجه خود را به رابطه معطوف کنند؛ شبیه به راهبردهایی که جهت مدیریت مقاومت در مصاحبه انگیزشی[1] (MI) استفاده می‌شود (به عنوان مثال آموزش روانی، پرسش از افکار غیرمنطقی، ارائه گزینه‌ها، مصالحه و توافق، تعیین بازده و پیامدهای تغییر برای سازگاری و همکاری بهتر مراجع با درمان) (اوستین و جانسون[2]، ۲۰۱۷). این استراتژی‌های شناختی، خود-هدایتگری[3] مراجع را به حداکثر می‌رساند و مراجع را قادر می‌سازد تا مقاومت را کنار گذاشته و در مورد درمان، تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرد (نیومن ، ۲۰۰۲).

چنانچه مقاومت به دلیل عدم انطباق با درمان باشد، شکل‌دهی را می‌توان به عنوان نمونه‌ای از تکنیک‌های مورد استفاده برای افزایش انطباق با روند درمانی ارائه کرد. به عنوان مثال، اگر عدم انطباق با درمان به دلیل بالا نگه داشتن اهداف باشد، می توان اهداف رفتاری کوچکی را برنامه‌ریزی کرد و هر مرحله را می‌توان با تقویت‌کننده‌های مناسب پاداش داد. شناخت‌درمانی مبتنی بر راه‌حل نیز بر به جای موضع‌گیری به شکل مقاومت و کنترل در رابطه‌ی درمانی، بر این اساس است که با هر مراجعی باید به شیوه‌ای مشارکت‌آمیز برخورد شود. فرد متخصص از نقاط قوت، امکانات و منابع، کلمات و عقاید خود مراجع استفاده کند و پرسش‌هایی را درباره‌ی مهارت‌های مراجع مطرح نماید (هارا و همکاران، ۲۰۱۶).

دیدگاه روانشناختی اجتماعی: در این رویکرد مدیریت مقاومت شامل تغییر دادن مشکلات صفت به عنوان مشکلات موقعیتی است و بدین ترتیب میزان واکنش‌پذیری به حداقل می‌رسد. این دیدگاه در مورد مقاومت بیش از هر دیدگاه دیگری، بر مصاحبه انگیزشی جهت کاهش مقاومت تأثیر گذاشته است (باتلر و همکاران ، ۲۰۰۲؛ میرون و برم [4]، ۲۰۰۶).

دیدگاه انسان‌گرایانه: در رویکرد انسان‌گرایانه، هدف درمانگر آشکارسازی تناقض و ناهمخوانی درون مراجع است. راجرز بیان می‌کند که "درمانگر در درمان نباید هیچ جهتی داشته باشد و بیمار باید خودش راهش را پیدا کند، حتی اگر راهش ظاهراً اشتباه باشد"؛ هرچند باور دارد که ارگانیسم راه بهتر رو پیدا می‌کند. همچنین راجرز، اعتقاد چندانی به کاربرد آزمون در مشاوره نداشته و آن را مانعی در رشد عاطفی مراجع به شمار می‌آورد. به عقیده او آزمون، مقاومت مراجع را می‌افزاید، قبول مسئولیت او را به حداقل کاهش می‌دهد و در او نوعی وابستگی به مشاور به وجود می‌آورد (راجرز، ۲۰۰۷). روانشناسان انسان‌گرا معتقدند که درک همدلانه، احترام، گرمی و مراجع‌محوری، و سپس به سطح آوردن تناقض‌ها، و بحث و تبادل نظر برای رفع موانع تغییر، جهت غلبه بر مقاومت کافی است (یامان، ۲۰۲۱).

گیلون[5] (۲۰۰۷) نیز مدعی است که چنانچه افراد کاملاً در برابر هرگونه پیام و اطلاعاتی که از دنیای بیرون منتقل می‌شود، باز باشند و هر تجربه ارگانیسمی، چه خوب و چه بد، توسط فرد بدون ترس از تضاد دریافت شود، چنین جریان اطلاعاتی در نتیجه منجر به یک نگاه مثبت بی قید و شرط می‌شود و فرد خود را در موقعیتی می‌بیند که دیگر در مورد ارضای مجموعه‌ای از ارزش‌ها نگران نیست. در نهایت، فرد هر تجربه ارگانیسمی را بدون هیچ گونه جدایی می‌پذیرد. انعکاس به جای رویارویی هنگام کار با مقاومت (تأمل در مقاومت مراجع به جای مقابله) مهم به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، هنگام کار با اعتیاد به مواد، زمانی که مقاومت مراجعان در برابر مصرف مواد افزایش می‌یابد، اجرای رویکردها و مداخلات مراجع‌محور که به مراجعان اجازه می‌دهد ادعای بلاتکلیفی خود در مورد سوء مصرف مواد را داشته باشند، مهم است (دراگ، ۲۰۱۵).

دیدگاه کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور: با توجه به دیدگاه راه‌حل‌محور در مفهوم مقاومت، هیچ مراجع مقاومی وجود ندارد، درمانگری وجود دارد که نمی‌تواند همکاری کند. در این رویکرد، درمانگران سعی می‌کنند به جای برخورد با موقعیت‌های مقاوم در برابر تغییر، ارتباط مشارکتی با مراجع برقرار کنند. اگرچه وضعیت مفید بودن و تمرکز بر راه‌حل به طور موقت توسط شرایط نامطلوب سرکوب می‌شود، مراجعان این توانایی را دارند که به شیوه‌ای راه‌حل‌محور عمل کنند. مهم این است که درمانگر پذیرای مراجع بوده و به او زمان دهد. به عنوان مثال، "در موارد تمایل یا تعصب نسبت به درمان، برای چنین نگرش‌هایی به صبر و شکیبایی درمانگر نیاز است" آیا صحبت کردن ضروری است که به او بگویید چه چیزی تغییر می‌کند؟ در چنین مواردی، رویکرد راه‌حل‌محور، تکنیک‌های غیر دستوری و مبتنی بر باز بودن بیان را پیشنهاد می‌کند که تنها متکی به ارتباط کلامی نیست (زاتلوکال و همکاران، ۲۰۱۹). در جدول ۳ خلاصه‌ای از راهبردهای درمانی جهت چالش با مقاومت از دیدگاه رویکردهای مختلف روان‌شناسی ذکر گردیده است.

1. motivational interviewing
2. Austin & Johnson
3. self-direction
4. Miron & Brehm
5. Gillon

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

جدول ۳. راهبردهای درمانی جهت چالش با مقاومت از دیدگاه رویکردهای مختلف روان‌شناسی

رویکرد روان‌شناسی	نویسنده (سال)	نظریه‌پرداز (سال)	راهبرد درمانی
رویکرد روان‌تحلیلی	نوروزی و همکاران (۱۳۸۷)	-فروید (۱۹۱۲)	- اتخاذ موضعیغیرمستقیم و منفعلانه با این مانع و انتظار فروریزی خودجوش این دیوار در بلندمدت
	عباس (۲۰۱۶)، معنوی‌پور (۲۰۲۰)	وینی‌کات (۱۹۷۱) و ولف (۱۹۷۱)	- تعادل مناسب بین همراه شدن با موضوع و انجام دادن کاری برای موضوع
		دوانلو (۱۹۹۰) و عباس (۲۰۱۶)	- تعادل انعطاف‌پذیر میان تأویل و مداخلات حمایتی مانند تأیید، تصدیق، تحسین و حمایت
رویکرد شناختی-رفتاری	نیومن (۲۰۰۲)، اوستین و جانسون (۲۰۱۷)		- آموزش روانی، پرسش از افکار غیرمنطقی، ارائه گزینه‌ها، مصالحه و توافق، تعیین بازده و پیامدهای تغییر برای همکاری مراجع
	هارا و همکاران (۲۰۱۶)		- استفاده از تکنیک شکل‌دهی رفتار جهت برنامه‌ریزی مرحله‌ای اهداف رفتاری و استفاده از تقویت بعد از رسیدن به هر هدف درمانی، استفاده از نقاط قوت، امکانات و منابع، کلمات و عقاید خود مراجع و ارتقا مهارت‌های وی
رویکرد روانشناختی اجتماعی	باتلر و همکاران (۲۰۰۲)، میرون و برم (۲۰۰۶)		- تغییر دادن مشکلات صفت به عنوان مشکلات موقعیتی و ایجاد احساس کنترل بر رفتار در مراجع
رویکرد انسان‌گرایانه	راجرز (۲۰۰۷)	راجرز (۲۰۰۷)	- درک همدلانه، احترام، گرمی و مراجع‌محوری، و سپس به سطح آوردن تناقض‌ها، و بحث و تبادل نظر برای رفع موانع تغییر
	یامان (۲۰۲۱)		- تأمل در مقاومت مراجع و انعکاس آن به وی به جای مقابله با آن و ایجاد موضع غیرقضاوتی در برابر مراجع
	دراگ (۲۰۱۵)	گیلون (۲۰۰۷)	
رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	زانلوکال و همکاران (۲۰۱۹)	دی‌شازر (۱۹۹۴)	- برقراری ارتباط مشارکتی با مراجع و کمک به وی برای اینکه خودش راه‌حل پیدا کند

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مفهوم مقاومت، انواع مقاومت و نحوه غلبه بر آن از منظر رویکردهای مختلف روان‌شناسی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مقاومت در درمان، یکی از ارکان اصلی و یک امر اجتناب‌ناپذیر و رایج در هر نوع رویکرد روان‌درمانی است و مدیریت آن به عنوان یک عمل درمانی در نظر گرفته می‌شود. در همه‌ی این رویکردها تأکید بر آن است که درمانگران باید از اشکال مختلف مقاومت که مراجعان به خود می‌گیرند، آگاه بوده و با پذیرش مقاومت به عنوان یک ویژگی اجتناب‌ناپذیر و حتی مطلوب، سعی کنند مراجعان خود را بهتر بپذیرند و در تعامل با مقاومت از راهبردهای تخصصی استفاده کنند (یامان، ۲۰۲۱).

اما بین رویکردهای مختلف از نظر تعریف و منشأ مقاومت و در نتیجه راهبردهای گوناگون جهت چالش با مقاومت تفاوت‌هایی وجود دارد. در رویکرد روان‌تحلیلی، مقاومت به عنوان یک تعارض درون‌روانی مطرح می‌شود و نوعی مخالفت در برابر یادآوری خاطرات ناراحت‌کننده و آگاهی از تکانه‌های غیرقابل‌قبول است (کومای، ۲۰۱۵) و درمانگر در قالب تعادل انعطاف‌پذیر میان مداخلات حمایتی و مداخلات روشن‌سازی، مواجهه و تأویل با آن برخورد می‌کند (عباس، ۲۰۱۶؛ معنوی‌پور، ۲۰۲۰). در رویکرد شناختی- رفتاری، مقاومت جنبه شناختی دارد و افکار «چگونه/باید»، انتظارات غیرواقعی و باورهای غیرمنطقی منشأ آن هستند (هارا و همکاران، ۲۰۱۵) و با مداخلاتی از جمله آموزش روانی، پرسش از افکار غیرمنطقی، ارائه گزینه‌ها، مصالحه و توافق، بیان پیامدهای تغییر برای سازگاری بهتر مراجع با درمان و جلب همکاری وی، با مقاومت برخورد می‌شود (اوستین و جانسون، ۲۰۱۷). در رویکرد روان‌شناختی اجتماعی، مقاومت ناشی از ربط دادن علت رفتار مراجع به صفات درونی و در نظر گرفتن استاد درونی است (جاست، ۲۰۱۵)، و نحوه برخورد با آن از طریق تغییر دادن مشکلات صفت به عنوان مشکلات موقعیتی است و بدین ترتیب میزان واکنش‌پذیری به حداقل می‌رسد (باتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ میرون و برم، ۲۰۰۶). در رویکرد انسان‌گرایانه، مقاومت نوعی دفاع در برابر نگرش‌های نادرست مشاور و ایجاد تحریف و انکار جهت جلوگیری از بالا آمدن تعارض در خودپنداره است (یامان، ۲۰۲۱) و درک همدلانه، احترام، گرمی و مراجع‌محوری، و سپس به سطح آوردن تناقض‌ها، و بحث و تبادل نظر برای رفع موانع تغییر، جهت غلبه بر مقاومت کافی است (دراگ، ۲۰۱۵؛ یامان، ۲۰۲۱). در رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

مقاومت نوعی ناتوانی درمانگر در برقراری ارتباط مشارکتی با مراجع و همکاری با وی در نظر گرفته می‌شود و درمانگران سعی می‌کنند به جای برخورد با موقعیت‌های مقاوم در برابر تغییر، ارتباط مشارکتی با مراجع برقرار کنند (زاتلوکال و همکاران، ۲۰۱۹).

مروری اجمالی بر نگاه رویکردهای مذکور به مفهوم مقاومت نشان می‌دهد که این پدیده با ویژگی‌های شخصیتی و باورهای مراجع و درمانگر ارتباط نزدیک داشته و از آن‌ها نشأت می‌گیرد. همچنین، عواملی دیگر از جمله ساختار درمان، سبک درمان، رابطه درمانی و بینش و تأویل بر مقاومت مراجع اثر می‌گذارد (کارنو، ۲۰۱۰). جهت چالش با این عنصر درمانی، اکثر رویکردها اتفاق نظر دارند که جهت‌دهی پیش از موعد مراجعان به عملیات درمانی (از جمله عیب‌یابی پیشگیرانه و درخواست بازخورد از آن‌ها) ممکن است منجر به دور زدن پیامدهای نامطلوب مقاومت شود. اما چنانچه رابطه درمانی بر پایه‌ی صداقت و اصالت در تعامل، برقرار شود، درمانگر به نگرش‌های بین فردی خود و نقش خود در گسست پیوند درمانی و همچنین به پیشنهاد مراجع در مورد چگونگی ادامه درمان توجه کند، متناسب با شرایط مراجع، تکنیک‌های صحیحی را جهت پرداختن به مقاومت بکار گرفته و موضع فعالی را اتخاذ کند و با فشار آوردن بر تجربه احساسات دردناک، فرد را نسبت به آسیب‌های زیربنایی آگاه کند، درمان موفق‌تر خواهد بود. این شیوه‌ی مدیریت مقاومت در نهایت می‌تواند با کاوش عمیق‌تر الگوهای رابطه‌ای، پیوند مراجع و درمانگر را تقویت کرده و در نتیجه پیشرفت درمانی را تسهیل نماید؛ درحالی‌که درمان‌های کم‌رهنمود و خودهدایتگر با دور زدن پیامد ویژگی‌های مقاومت و حل‌وفصل نکردن آن‌ها، و رویکردهای کاملاً هدایت‌کننده با ایجاد محدویت در آزادی مراجع و تشدید مقاومت واکنشی آن‌ها، به پیشبرد درمان آسیب می‌زنند (دراگ، ۲۰۱۵).

بنابراین راهبردهای درمانی مختلف چنانچه درست به کار گرفته نشوند، ممکن است منابع مقاومت را برانگیزند و همین موضوع می‌تواند توضیحی برای این واقعیت باشد که چرا یک روش در مورد مراجعی موفقیت‌آمیز و روشی دیگر ناموفق است. در واقع، موفقیت برخی راهبردهای درمانی ممکن است به این دلیل باشد که آن‌ها منابع خاص مقاومت را دور می‌زنند؛ اما روش‌های دیگر ممکن است موفق نباشند، زیرا برای مقابله با مقاومت‌هایی که بالا می‌آیند، هیچ تدبیری در نظر نگرفته‌اند. همچنین در تمام این موقعیت‌ها، خود مقاومت می‌تواند در مورد اینکه چرا بیمار علی‌رغم مراجعه برای درمان شدن، در برابر تغییر مقاومت می‌کند، منبعی از اطلاعات مفید باشد که نیاز است به آن توجه شود. از این رو نتایج بدست آمده نشاندهنده‌ی اهمیت بررسی بیشتر و دقیق‌تر عوامل مؤثر در برانگیختن مقاومت مراجع و اثربخشی مداخلات گوناگون (برگرفته از رویکردهای مختلف) بر فرآیند مقاومت مراجعین می‌باشد. همچنین از آنجایی‌که مقاومت در روان‌درمانی از فرهنگ و ارزش‌های هر جامعه‌ای تأثیر می‌پذیرد و مطالعات موجود بیشتر در کشورهای غربی انجام شده که از نظر فرهنگی و زمینه‌ای با ایران متفاوت است، توصیه می‌شود پژوهش‌های بیشتری در ایران به‌ویژه در حیطه تبیین جنبه‌های مرتبط با مقاومت افراد در روان‌درمانی انجام شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی از مقالات معتبر، و همچنین بررسی نشدن مقالات زبان‌های دیگر (به جز مقالات فارسی و انگلیسی) به دلیل عدم تسلط به آن زبان‌ها اشاره کرد.

منابع

نوروزی، ن.، عابدین، ع.، عاطف‌وحید، م. ک.، و قربانی، ن. (۱۳۸۷). رابطه بین سبک‌های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۲و۳)، ۵۱۸-۵۳۷. https://dorl.net/dor/ 20.1001.1.20084331.1387.3.1.5.2

نوروزی، ن.، عاطف‌وحید، م. ک.، قربانی، ن.، و قاضی‌طباطبایی، م. (۱۳۸۶). عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۲)، ۱۳۲-۱۳۹. https://www.sid.ir/FA/JOURNAL/ViewPaper.aspx?id=60469

Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, *44*(2), 245-280. https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245

Austin, S., & Johnson, B. N. (2017). *Stop, drop, and roll (with it): Addressing "realistic" resistance with internalizing clients.* Houghton Mifflin. *Journal of Clinical Psychology*, *36*(1), 301-311. https://doi.org/10.1002/9781118877142

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(20), 133-142. https://doi.org/10.1002/jclp.20753.

Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research? *Journal of Clinical Psychology*, *58*(2), 207-217. https://doi.org/10.1002/jclp.1144

Bölükbaşı, A. (2020). Bireysel psikolojik danışma sürecinde sessizlik öncesi ve sessizlik sonrası sözel tepkilerin incelenmesi. *Journal of Advanced Education Studies*, *2*(1), 94-110. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ejaes/issue/ 54791/717597

Braga C., Ribeiro, A. P., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2019). Ambivalence predicts symptomatology in cognitive-behavioral and narrative therapies: An exploratory study. *Frontiers in. Psychology, 10(3)*, 1244-1251. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019. 01244

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

Canavêz, F., & Miranda, H. (2011). Resistance in Freud and Foucault. *Research in Psychoanalysis*, *12*(2), 150-158. https://doi.org/10.3917/rep.012.0150

Comay, R. (2015). Resistance and repetition: Freud and Hegel. *Research in Phenomenology*, *45*(2), 237-266. https://doi.org/10.stable/24659617

Cowan, E. W., & Presbury, J. H. (2000). Meeting client resistance and reactance with reverence. *Journal of Counseling & Development*, *78*(4), 411-429. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01924.x

Drage, L. R. (2015). *How does a therapist respond to resistance and what impact does this have on the client? An analysis of speech in Motivational Interviewing based treatment sessions for alcohol misuse* [Doctoral dissertation, University of Leeds, London, United Kingdom(UK)]. https://etheses.whiterose.ac.uk/10059/

Engle, D., & Holiman, M. (2002). A gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(2), 175-183. https://doi.org/10.1002/jclp.1141

Hara, K. M., Westra, H. A., Aviram, A. & Button, M. L. (2015). Therapist awareness of client resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(2), 606-615. https://doi:10.1080/16506073.2014. 998705

Hara, K. M., Westra, H. A., Constantino, M. J. & Antony, M. M. (2016). The impact of resistance on empathy in CBT for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, *28*(4), 606-615. https://doi:10.1080/10503307.2016. 1244616

Jost, J. T. (2015). Resistance to change: A social psychological perspective. *Social Research*, *82*(3), 607-636. https://doi.org/10.1353/sor.2015.0035

Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2010). What explains the relationship between the therapist structure x patient reactance interaction and drinking outcome? An examination of potential mediators. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(4), 600-607. https://doi.org/10.1037/a0020526

Kirmayer, L. J. (1990). Resistance, reactance, and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *4*(2), 83-104. https://doi.org/10.1891/0889-8391.4.2.83

Lentz, J. (2016). Reconsidering resistance. *Psychoanalytic Psychology*, *33*(4), 599-609. https://doi.org/10.1037/a0038918

Manavipour, D. (2020). Transference component of resistance (TCR) in Davanloo's Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy (DISTDP). Journal of Psychology & Psychotherapy, 10(2), 67-73. https://doi.org/10.35248/2161-0487.20.10.370

Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(2), 157-163. https://doi.org/10.1002/jclp.1139

Miron, A. M., & Brehm, J. W. (2006). Reactance theory-40 years later. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, *37*(1), 9-18. https://doi.org/10.1024/0044-3514.37.1.9

Newman, C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(2), 165-174. https://doi.org/10.1002/jclp.1140

Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, *1*(1), 47–69. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80086-0

Özer, İ. Ö. (2017). A bumb in therapeutic journey: Resistance. *Inonu University Journal of the Faculty of Education*, *18*(3), 217-228. https://doi.org/10.17679/inuefd.295994

Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(3), 240-248. https:// doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240

Schwartz, R. A., Chambless, D. L., Milrod, B. & Barber, J. P. (2021). Patient, therapist, and relational antecedents of hostile resistance in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A qualitative investigation. *Psychotherapy (Chic)*, *58*(2), 230-241. https://doi: 10.1037/pst0000308.

Silvia, P. J. (2006). Reactance and the dynamics of disagreement: Multiple paths from threatened freedom to resistance to persuasion. *European Journal of Social Psychology*, *36*(5), 673-685. https://doi.org/10.1002/ejsp.309

Urmanche, A., Oliveira, J. T., Goncalves, M. M., & Eubanks, C. F. (2019). Ambivalence, resistance, and alliance ruptures in psychotherapy: It's complicated. *Psychoanalytic Psychology*, *36*(2), 139-147. https://doi.org/10.1037/pap0000 237

Verhulst, J. C. R. M., & van de Vijver, F. J. R. M. (1990). Resistance during psychotherapy and behavior therapy. *Behavior Modification*, *14*(2), 172-187. https://doi.org/ 10.1177/01454455900142004

Westra H. A., & Norouzian, N. (2018). Using motivational interviewing to manage process markers of ambivalence and resistance in cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, *42*(2), 193–203. https://doi.org/10.1007/s10608-017-9857-6

Yaman, N. (2021). Working with resistance in therapy: A theoretical evaluation. *IBAD Journal of Social Sciences, 9(2),* 481-495. https://doi.org/10.21733 /ibad.835243

Zatloukal, L., Žákovský, D., & Bezdíčková, E. (2019). Utilizing metaphors in solution-focused therapy. *Contemporary Family Therapy*, *41*(2), 24–36. https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.2.8]