

چشم‌هایتان را باز کنید.

چرا چشم‌هایتان را باز می‌کنید زمانی که

کرشنا درون شماست؟

روشهان، قرن ۱۶ میلادی

## معرفی کتاب

برای هر متخصص بالینی که در رویکرد شناختی - رفتاری به کار درمان مشغول است، احتمالاً پیش آمده است که این سؤال را از خودش پرسد: "چرا من در کمک به برخی از مراجعان برای تغییر مشکلاتشان دچار گرفتاری، چالش یا بن‌بست می‌شوم؟" لیهی با نوشتن این کتاب جذاب، اندیشمندانه و یکپارچه‌نگر توانسته است به این سؤال به بهترین نحو پاسخ دهد. این کتاب برای هر درمانگری با هر سطحی از تجربه کار بالینی مناسب است.

خواندن این کتاب می‌تواند به ماکمک کند تا پی ببریم که چرا برخی از مراجعان با سبک فکری و رفتاری خود باعث دامن زدن به مشکلات یا حفظ وضعیت نابسامان زندگی‌شان می‌شوند. در بخش‌هایی از کتاب به نقش درمانگران در پدیدآیی مقاومت مراجعان پرداخته شده است. نه تنها بر مشکلات انگشت گذاشته است، بلکه راه‌حل‌های گره‌گشا نیز در اختیار متخصصان قرار داده است. در هر صورت، کتابی است که باعث می‌شود مراجعان مقاوم به درمان بهتر بتوانند در راه تغییر گام بردارند.

کوری نیومن

رئیس مرکز شناخت‌درمانی در دانشکده پزشکی

دانشگاه پنسیلوانیا

اگر به دنبال کتابی هستید که از چشم‌اندازی نوآیین و جدید به مسئله‌ای مهم پرداخته باشد که تا به حال مورد غفلت قرار گرفته است، پس گم‌شده خود را پیدا کرده‌اید. هر متخصص بالینی که با مقاومت مراجعان در جلسه درمان روبه‌رو می‌شود باید این کتاب را بخواند.

کتاب علاوه بر اینکه از بنیادهای علمی برخوردار است، جنبه کاربردی و گره‌گشا نیز دارد. در درمان‌های شناختی - رفتاری نقص بزرگی وجود داشته است. لیهی با نوشتن این کتاب چنین نقصی را برطرف کرده است. لیهی تجارب بالینی اش را با نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی مدل‌های روان‌کاوی، رفتاری، شناختی، اجتماعی و تحولی ترکیب کرده است. چه در حوزه شناخت‌درمانی تازه مشغول به کار شده‌اید و چه در این حوزه کارکشته هستید، این کتاب را مفید و گره‌گشا خواهید یافت. خواندن این کتاب باعث می‌شود در جلسه درمان مؤثرتر رفتار کنید. کتاب حاضر منبعی ارزشمند برای دوره‌های آموزشی شناخت‌درمانی و کارگاه آموزشی شناخت‌درمانی به شمار می‌رود.

### دیوید کلارک

گروه روان‌شناسی، دانشگاه برونزویک، کانادا

این کتاب توانسته مشکل بزرگی را از پیش پا بردارد. رابرت لیهی با سبک نگارش منحصر به فردش به موضوعی پرداخته است که از سوی درمانگران شناختی - رفتاری مورد غفلت قرار گرفته بود. چگونه می‌توانیم به مراجعانی که از انجام تکنیک‌ها سر باز می‌زنند کمک کنیم؟ خواندن کتاب راحت و آسان است و برای تمام درمانگران شناختی - رفتاری مفید واقع می‌شود. از دانشجویان دوره‌های رفتاردرمانی شناختی تا متخصصان بالینی صاحب صلاحیت و باتجربه می‌توانند از این کتاب سود ببرند. این کتاب می‌تواند یکی از منابع اصلی و ارزشمند دوره‌های رفتاردرمانی شناختی باشد. مثال‌های بالینی متعدد باعث افزایش غنای کتاب و اندیشه‌برانگیزی می‌شود. همین مثال‌ها می‌تواند عصای دست درمانگران پرتجربه و صاحب صلاحیت شود تا درمان مؤثرتری ارائه دهند.

### ژاکلین پرسونز

مرکز شناخت‌درمانی سانفرانسیسکو

در دانشگاه کالیفرنیا، برکلی

# فهرست مطالب

معرفی کتاب .....	۶
پیش‌گفتاری بر ترجمه فارسی .....	۱۰
فصل ۱. مقدمه .....	۱۷

## بخش اول. بنیادهای نظری و مفهومی

فصل ۲. مدل‌های مقاومت .....	۲۷
فصل ۳. مقاومت در برابر ساختارمندی درمان .....	۴۴

## بخش دوم. ابعاد مقاومت

فصل ۴. مقاومت اعتبارجویی .....	۸۳
فصل ۵. ثبات خویشتن .....	۱۲۰
فصل ۶. مقاومت طرح‌واره‌ای .....	۱۴۱
فصل ۷. مقاومت اخلاقی .....	۱۸۲
فصل ۸. مقاومت قربانی .....	۲۱۱
فصل ۹. خطرگریزی و مقاومت افسرده‌ساز .....	۲۴۵
فصل ۱۰. خود-ناتوان‌سازی .....	۲۸۵

## بخش سوم. شناخت درمانی و انتقال متقابل

فصل ۱۱. ارزیابی انتقال متقابل.....	۳۰۹
فصل ۱۲. کاربرد درمانی انتقال متقابل.....	۳۳۳
فصل ۱۳. نتیجه‌گیری.....	۳۶۲
پیوست اول. پرسش‌نامه طرح‌واره‌های درمانگر.....	۳۶۹
پیوست دوم. معرفی و نقد کتاب.....	۳۷۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۸۶
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۹۵
منابع.....	۴۰۵

## پیش‌گفتاری بر ترجمه فارسی

عنوان کتاب ممکن است در نگاه اول تعجب‌برانگیز باشد. واژه مقاومت در رویکرد روان‌کاوی به کار گرفته می‌شود. خاستگاه اصلی آن نظریه‌های روان‌کاوی و روان‌پوشی است. در سال ۱۹۸۲، پل واکتل<sup>۱</sup> به ویراستاری کتابی پرداخت به نام "مقاومت: رویکردهای روان‌پوشی و رفتاری"<sup>۲</sup>. در این کتاب صاحب‌نظران حوزه رفتاری مثل ماروین گلدفرید<sup>۳</sup>، آرنولد لازاروس<sup>۴</sup>، دونالد مایکن‌بام<sup>۵</sup>، ویکتور مایر<sup>۶</sup> و دانیل تورکات<sup>۷</sup> به این موضوع پرداختند که رویکردهای رفتاری چگونه مقاومت را مفهوم‌سازی می‌کنند و به آن می‌پردازند.

نگاهی اجمالی به فصل‌های رفتاری کتاب واکتل حاکی از آن است که با توجه به زمان چاپ کتاب (۱۹۸۲) بیشتر به ابعاد رفتاری مقاومت پرداخته شده است و طبیعتاً نمی‌توان انتظار داشت که ابعاد شناختی مقاومت نیز به خوبی روشن شود. انگار بعد از گذشت چندین دهه و تلاش نظریه‌پردازان شناختی، کتاب لیهی این نقص را برطرف کرده است.

لازاروس دیدگاهی کاملاً رادیکال نسبت به مفهوم مقاومت داشت. او نمی‌پذیرفت که مفهومی به نام مقاومت وجود دارد. او مقاومت را دلیل تراشی درمانگری بی‌کفایت تعریف می‌کرد که نتوانسته قانون‌مندی‌های حاکم بر رفتار بیمار را پیدا کند و لذا برای توجیه خودش از این واژه استفاده می‌کند.

لازاروس اعتقاد دارد به جای آنکه علت عدم پیشرفت درمان یا شکست‌های درمان را به مقاومت

---

1. Paul wachtel

2. Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches

3. Marvin Gold Fried

4. Arnold Lazarus

5. Donald Michenbaum

6. Victor Meyer

7. Daniel Turkat

بیماران نسبت بدهیم، بهتر است بیشترین عامل ناکامی را در محدودیت‌های علمی و مشکلات شخصیتی خودمان جستجو کنیم. مشکل و بن‌بست‌های درمانی به احتمال زیاد برخاسته از ناهمخوانی درمانگر و بیمار، نبود رابطه درمانی، استفاده از تکنیک‌های درمانی نامناسب یا اعمال نادرست روندهای درمانی و ناتوانی در شناسایی وضعیت‌هایی است که موجب حفظ یا تقویت مشکلات بیمار است. درمانگرانی که به دنبال عوامل درونی مقاومت می‌گردند، به احتمال زیاد نمی‌توانند به دنبال عوامل بیرونی بگردند. او معتقد است که آشکارترین نشانه عدم تبعیت بیمار از درمان این است که بیمار تکالیف خانگی را انجام نمی‌دهد. لازاروس پیشنهاد می‌کند به جای اینکه فرض کنیم یک مقاومت پنهانی در این کار وجود دارد، بهتر است طیفی از احتمالات ملموس و عینی را بررسی کنیم مثل:

- تکلیف خانگی، دقیق و قابل درک نیست.
- تکلیف خانگی، نامربوط است.
- تکلیف خانگی، تهدیدزا است.
- تکلیف خانگی، وقت‌گیر است.
- رابطه درمانی خوبی برقرار نشده است.
- فردی از نزدیکان بیمار، اثرات درمان را خنثی می‌کند.
- بیمار با مقوله خودیاری مخالف است.
- بیمار اصولاً با انجام کار و تکلیف مشکل دارد.

تورکات و مایر (۱۹۸۲) نیز اعتقاد داشتند هر مشکلی را که درمانگر نتواند تغییر بدهد نام آن را مقاومت می‌گذارند.

به تدریج با روی کار آمدن دیدگاه‌های شناختی و مخصوصاً از زمانی که شناخت درمانگران به درمان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی و مزمن روی آوردند به تدریج مفهوم مقاومت نقش پررنگ‌تری در شناخت درمانی پیدا کرد. بک<sup>۱</sup>، فریمن<sup>۲</sup>، دیویس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴) معتقد است که واکنش‌های

---

1. Beck  
3. Davis

2. Freeman

هیجانی بیمار در فرآیند درمان می‌تواند به‌عنوان محور اصلی درمان تلقی شوند. شناخت درمانگران باید همیشه نسبت به این واکنش‌ها هشیار باشند و آمادگی لازم برای شناسایی، فرمول‌بندی و برخورد درمانی مناسب را کسب کنند. درمانگران از این فرصت استفاده می‌کنند تا بتوانند نظام‌باورها و بنیادهای فکری بیماران را بشناسند زیرا واکنش‌های هیجانی برخاسته از این نظام‌باورهاست. اگر این واکنش‌ها شناخته نشوند و از طرف درمانگر به‌عنوان دستورجلسه مطرح نگردند، ممکن است باعث دامن زدن به سوءتفاهم‌های احتمالی و در نتیجه اخلال در فرآیند مشارکتی درمان شوند. اگر درمانگر با ذهن باز با این واکنش‌های هیجانی بیماران روبه‌رو شود و این واکنش‌ها را فرصتی برای کسب اطلاعات بیشتر و درک بهتر نظام‌باورهای بیماران تلقی کند، بنابراین درمانگر از این قابلیت برخوردار است که از واکنش‌های انتقالی بیماران استفاده درمانی کند. نکته‌ حائزاهمیت این است که درمانگر برخوردی همدلانه و بدون قضاوت داشته باشد و در عین حال مواظب باشد که در فرمول‌بندی این واکنش‌ها، موضع عینیت‌گرایی‌اش را از دست ندهد. شناخت درمانگرانی که با بیماران دچار اختلال شخصیت سروکار دارند باید تلاش، برنامه‌ریزی و کنترل استرس بیشتری داشته باشند.

بک و همکارانش (۲۰۰۴) معتقدند که هم بیمار و هم درمانگر در فرآیند و سیر درمان با واکنش‌های هیجانی شدیدی روبه‌رو می‌شوند مخصوصاً زمانی که قرار است درمانگر با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، کار کند. طبق سنت روان‌درمانی به این واکنش‌ها، انتقال و انتقال متقابل می‌گویند. بهتر است برای اجتناب از آشفتگی بین مفاهیم، چنین واکنش‌هایی را به‌نام انتقال و انتقال متقابل مفهوم‌سازی نکنیم.

اما ظاهراً لیپی در کتاب غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی، چندان ابایی ندارد که این مفاهیم را از رویکرد روان‌پویشی و روان‌کاوی قرض بگیرد. همانطور که خودش در کتاب اشاره کرده است، این مفاهیم را طبق الگو و مدل شناختی فرمول‌بندی کرده است.

بک و همکارانش (۲۰۰۴) برای عدم متابعت بیمار از درمان به چند عامل اشاره می‌کنند. در این قسمت به‌طور فهرست‌وار به این عوامل می‌پردازیم:

۱. بیمار ممکن است مهارت لازم را برای همکاری در طول درمان نداشته باشد.
۲. درمانگر نقش فرهنگ بیمار را دست‌کم گرفته است.
۳. باورهای افراد مهم زندگی بیمار ممکن است باعث تقویت رفتارهای ناسازگار بیمار شوند.



۴. باورهای بیمار درباره شکست احتمالی درمان در عدم مشارکت وی نقش دارند.
۵. باورهای بیمار درباره همکاری ممکن است هویت بیمار را دچار مشکل کند.
۶. ممکن است باورهای ناسازگار درمانگر و بیمار باعث تقویت یکدیگر شود.
۷. ممکن است درمانگر به اندازه کافی بیمار را با مدل درمان آشنا نکرده باشد.
۸. بیمار ممکن است از تداوم الگوهای ناسازگارانه زندگی اش، نفع ثانویه می برد.
۹. ممکن است درمانگر تکنیک اثرگذار را در زمان نامناسب به کار گرفته باشد.
۱۰. ممکن است درمانگر محدودیت‌های لازم را برای بیمار تعیین نمی‌کند.
۱۱. ممکن است هدف درمان شفاف و واضح نیست.
۱۲. ممکن است اهداف درمان کنگ و مبهم باشند.
۱۳. ممکن است اهداف درمان غیرواقع بینانه باشند.
۱۴. ممکن است بین اهداف درمانگر و بیمار همخوانی وجود نداشته باشد.
۱۵. بیمار انگیزه ندارد و درمانگر برای پیشبرد درمان مدام او را وادار به تغییر می‌کند.
۱۶. بیمار انتظار معجزه دارد.
۱۷. انعطاف‌ناپذیری بیمار ممکن است در شکست درمان نقش داشته باشد.
۱۸. بیمار ممکن است کنترل ضعیفی بر تکانه‌هایش داشته باشد.
۱۹. بیمار ممکن است به دلیل عدم پیشرفت درمان، ناکام و سرخورده شود.
۲۰. باورهای بیمار درباره بیماری‌ها و مشکلات روانی در شکست درمان نقش دارند.

زمانی که کتاب لیهی را با دقت نظر مطالعه می‌کنیم به این نکته پی می‌بریم که اکثر این مقاومت‌ها نوعی سوء تفاهم<sup>۱</sup> تلقی می‌شوند. معنایی که سوء تفاهم به ذهن متبادر می‌کند این است که می‌توانیم به سادگی آن را از بین ببریم. ریمی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) معتقد است که برخی از سوء تفاهم‌ها تا آخر ادامه می‌یابند مگر اینکه در فرآیند شناخت‌درمانی موردنقد، بازاندیشی و بازاریابی قرار بگیرند.

طبق نظر ریمی (۲۰۰۴) سوء تفاهم‌ها باعث می‌شوند که افراد در زندگی‌شان طبق این سوء تفاهم‌ها عمل کنند و تصمیم بگیرند. سوء تفاهم‌ها باعث و بانی مشکلات روان‌شناختی محسوب می‌شوند. عواطف و هیجان‌های انسان‌ها سرخ خوبی برای شناسایی سوء تفاهم به‌شمار می‌روند. شاید به همین دلیل است که سفران و موران (۲۰۰۱) سخت بر این موضوع تأکید می‌کنند که شناخت‌درمانگر باید شش‌دانگ حواسش به بن‌بست‌های درمانی در رابطه‌ی درمانی باشد زیرا این بن‌بست‌ها به‌خوبی می‌توانند پرده از طرح‌واره‌ها - یا به‌قول ریمی - سوء تفاهم بردارند.

نکته‌ی جالب توجه در کتاب حاضر جمع‌بندی آخر فصل ششم است:

من در این فصل، مداخلات و راهبردهای بی‌شماری برای تعدیل طرح‌واره‌ها پیشنهاد کرده‌ام. اما هرکدام از فصل‌های این کتاب را می‌توان به منزله‌ی رویکردی در جهت تعدیل طرح‌واره‌ها در نظر گرفت. اعتبارجویی و اختلال در تنظیم هیجان و ایفای نقش قربانی یا مظلوم‌نمایی همگی تحت‌تأثیر طرح‌واره‌ها هستند. طرح‌واره‌ها ممکن است بنیادین باشند، اما رویکردهای متنوعی برای تعدیل آنها وجود دارد.

به عبارتی شاید بتوان کتاب حاضر را مکمل کتاب‌های طرح‌واره‌درمانی تلقی کرد.

\*\*\*

در ترجمه‌ی کتاب حاضر سعی کردیم متنی پیراسته در اختیار خوانندگان قرار دهیم. متن اصلی کتاب به دلیل دامنه‌ی واژگان تخصصی زیاد، تا حدودی غامض بود. برای برخی از واژه‌ها از کمک خود نویسنده بهره بردیم.

عنوان اصلی کتاب به زبان فارسی می‌شود غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی. از آنجایی که واژه غلبه در

کتاب‌های خودیاری رفتاردرمانی شناختی به کار گرفته می‌شود و بیشتر این معنا را به ذهن متبادر می‌کند که کتابی ساده، سراسر است و آسان‌فهم و زودیاب است؛ ترجیح دادیم در عنوان کتاب تغییری کوچک ایجاد کنیم.

دو نقد و بررسی مفصل را به کتاب اضافه کردیم. امیدواریم این کتاب بتواند هم‌گره‌گشای مشکلات درمانی باشد و هم خواننده را با تحولات چندسال اخیر حوزه شناخت‌درمانی آشنا سازد.

مترجمان

بهار ۱۳۹۶

## منابع

Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.A. & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.

Lazarus, A. A. & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? a cognitive - behavioral perspective. In P.L. Wachtel (Ed). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. (115-132). New York: Plenum

Raimy, V. (2004). Misconceptions and the cognitive therapies. In, A. Freeman; M.J. Mahoney, P. Deveto, D. Martin. (Eds). *Cognition and Psychotherapy*. (165-184). New York: Springer.

Turkat, I.D. & Meyer, V. (1982). The behavior, analytic approach. In. P.L. Wachtel. (Ed). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. (157-183). New York: Plenum.

Wachtel, P.L. (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.

# فصل ۱

## مقدمه

او که فقط یک زندگی را حفظ کرده بود، انگار کُل دنیا را حفظ کرده بود.

- تلمود و سنهیرین

علی‌رغم تلاش درمانگران و بیماران، بسیاری از بیماران در رفتاردرمانی شناختی - یا هر نوع درمان دیگری - بهبودی در وضعیت‌شان ملاحظه نمی‌شود. به‌عنوان مثال، شاید یک نفر از هر سه بیمار افسرده‌ای که تحت شناخت‌درمانی قرار می‌گیرند، بهبودی بالینی معنی‌داری نشان می‌دهند. علاوه بر این، نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که حدود ۴۰ درصد از بیماران، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. این نتایج برای شناخت‌درمانی رقم می‌خورد که اغلب به‌عنوان درمانی شناخته می‌شود که اثربخشی آن تأیید شده است. راستی چرا درصدی از بیماران، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند؟ یا اگر هم درمان را تا انتها ادامه می‌دهند، بیش از دو سوم آنها بهبود چشم‌گیری پیدا نمی‌کنند؟ برای این نتایج دور از انتظار چه تبیین‌هایی می‌توان فراهم کرد؟

این نگرش درباره رفتاردرمانی شناختی رایج و مشهور است: در رفتاردرمانی شناختی از راهبردهای درمانی ساختار یافته و تکنیک‌های خاصی استفاده می‌شود و در به‌کارگیری این راهبردها و تکنیک‌ها به فردیت بیمار چندان توجهی نمی‌شود. درمانگران طرفدار رویکرد روان‌پویشی بر تاریخچه تحولی سال‌های اولیه زندگی بیماران و انتقال‌های فعلی به‌عنوان موانع تغییر مشکلات فعلی تأکید می‌کنند. این گروه اغلب اعتقاد دارند که شناخت‌درمانی با مسأله مقاومت خیلی ساده‌انگارانه برخورد می‌کند. به عبارتی این نگرش در بین متخصصان رایج است که شناخت‌درمانگر، مقاومت‌های اساسی را که بیماران در طی فرآیند درمان بروز می‌دهند، نادیده می‌گیرد یا به سادگی از کنار آنها می‌گذرد.

شناخت‌درمانی از جمله مدل‌های درمانی است که از زمان شکل‌گیری تا به حال شاهد تغییرات زیادی بوده است. شناخت‌درمانگران به تدریج متوجه شدند که باید برای غلبه بر موانع تغییر به فکر طراحی مدل‌ها و راهکارهای خاصی بیفتند. حداقل در دهه گذشته، شناخت‌درمانگران علاقه زیادی پیدا کردند که برای گذر از مقاومت‌ها، درمان را به شیوه‌ای فردیت یافته به کار بگیرند. به این کوشش شناخت‌درمانگران، مفهوم‌سازی مشکلات بیماران<sup>۱</sup> گفته می‌شود (بک، فریمن و همکاران ۱۹۹۰؛ ج. بک، ۱۹۹۶؛ لیسهی، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۶a، ۱۹۹۹a؛ نیلدمن، ۱۹۹۹؛ پرسونز، ۱۹۸۹؛ تامپکینز، ۱۹۹۹). مفهوم‌سازی مشکلات بیمار را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: "تحلیل طرح‌واره‌های شناختی، مشکلات بین‌فردی و بیش‌بودها و کمبودهای رفتاری فعلی بیماران که می‌توان ریشه آنها را در تجارب ابتدای دوران کودکی بیماران جستجو کرد". با این حال، مفهوم‌سازی مشکلات بیماران ممکن است با دستورالعمل‌های رایج درمان‌های شناختی - رفتاری متفاوت از کار درآید. بخشی از بحث من به این موضوع مربوط می‌شود که گروهی از بیماران در برابر دستورالعمل‌های استاندارد درمان شناختی - رفتاری دچار مقاومت می‌شوند. در طول این کتاب بر مفهوم‌سازی مشکلات به‌عنوان راهنمای کنار آمدن با مقاومت و انتقال متقابل تأکید می‌کنم.

## ابعاد مقاومت

در این قسمت به دنبال این هدف هستم که به علل چندگانه یا ابعاد متفاوت مقاومت در برابر تغییر اشاره کنم. سپس به این نکته می‌پردازم که چگونه می‌توان در قالب مدل شناختی با این مقاومت روبه‌رو شد. قبل از این که بیمار بتواند تغییر کند، درمانگر باید ابتدا به این نکته توجه کند که نگرش بیمار درباره تغییر چیست و بیمار با از دست دادن جایگاه فعلی (منظور جایگاه بیماری است) با چه مسائل و مشکلاتی روبه‌رو می‌شود. منظور، نگرش بیمار درباره از دست دادن جایگاه بیماری است. به این مثال توجه کنید. زنی را در نظر بگیرید که ۱۵ سال قبل با مردی می‌گسار، پرخاشگر - منفعل، مضایقه‌گر، فحاش، بددهن و استثمارگر ازدواج کرده است. همچنین این مرد از داشتن رابطه جنسی با همسرش خودداری می‌کند. این خانم با شغلش نیز مشکلاتی دارد. از دیدگاه درمانگر، عقل سلیم حکم می‌کند که این خانم گلیم خودش را از این ورطه بیرون بکشد و خودش را نجات بدهد. این خانم بعد از این که توانست برای مشکلات عملی ناشی از جدایی (مثل یافتن سرپناهی برای زندگی و چگونگی حمایت از خودش) راه‌حلی پیدا کند، درمانگر را کاملاً گیج و سردرگم کرد چرا که هنوز داشت درباره رابطه با همسرش حرف می‌زد و برای جدایی دست و دلش می‌لرزید. درمانگر خام و بی‌تجربه ممکن است فرض را بر این بگذارد که بیمار تمایل چندانی به تغییر ندارد یا از خودآزاری روان‌شناختی رنج می‌برد. اما بیمار احساس می‌کند که واقعاً گیر افتاده است و از رنجی که می‌برد، شکایت می‌کند. این بیمار چه نگرشی درباره تغییر دارد؟

برخلاف باور یا عقاید این درمانگر تازه کار و بی تجربه، تغییر نباید فقط از منظر مسأله گشایی عملی نگریسته نگاه شود. درمانگری که به مقاومت این بیمار می پردازد، متوجه می شود که تغییر را باید حل مشکلات روان شناختی<sup>۱</sup> تعریف کرد، نه فقط حل مشکلات کاربردی<sup>۲</sup>. حل مشکلات کاربردی ممکن است در کاهش اثرات مشکلات روان شناختی تا حدودی مؤثر باشد، اما به ندرت می تواند گره از کار فروبسته چنین بیمارانی باز کند که مشکلات شخصیتی دیرپایی دارند.

برای کمک به بیمار مقاوم باید به چندین بُعد مختلف مقاومت پردازیم. اول این که این بیمار ممکن است نیاز به اعتباربخشی<sup>۳</sup> زیادی داشته باشد. باید احساس ها و دیدگاه های این بیمار ابتدا از سوی درمانگر درک و تأیید شود. ممکن است درمانگر بی احتیاطی کند و به بیمار بگوید: "سریع از همسرت جدا شو و خودت را نجات بده." احتمال دارد درمانگر بر این اساس چنین توصیه ای بکند که نمی تواند احساس های ناخوشایند بیمار را درک کند و شاید هم به آینده زندگی این زن که فکر می کند چندان بوی بهبودی از آن نمی آید. اعتباربخشی به رنج و درک احساس ناامیدی بیمار ممکن است مؤلفه ضروری برای تغییر باشد. چنین توصیه ای احتمال دارد از فخر و افاده درمانگر ناشی شود و ممکن است احساس ناامیدی بیمار را دوچندان کند. بیمار ممکن است فکر کند که درمانگری که مرا درک نمی کند، پس چگونه می خواهد به من کمک کند؟

مقاومت بیمار در برابر تغییر ممکن است به ناتوانی او در کنار آمدن با هیجان های شدید باشد. زمانی که این بیمار دچار اضطراب می شود به تغییرات بدنی اش تمرکز می کند و درباره احساس های ناخوشایندش، مفصل حرف می زند. شکایت های بیمار به ظاهر برای درمانگر، گنگ، پراکنده و بی سرت و ته جلوه می کند. اما این مبهم گویی و پراکنده اندیشی، نقش انکارناپذیری در درماندگی این بیمار دارد. از همه اینها گذشته اگر او نتواند شکایت و مشکل اصلی خودش را بشناسد به احتمال زیاد در مقابله با این مشکل ناتوان و درمانده خواهد بود. مراجع شکایت می کند که درگیر هیجان های طاقت فرسای زیادی است و در شناسایی افکار و هیجان های مربوط به مشکلش ناتوان است و آشفتگی زیادی را متحمل می شود. دقیقاً او از شناسایی افکاری عاجز و ناتوان است که باید در فرآیند شناخت درمانی به آنها پرداخته شود. او مشکلاتش را در قالب دردهایش بیان می کند و نه در قالب راه حل ها و چاره یابی ها. اولین بُعد مقاومت ممکن است "اعتبارجویی" باشد.

دومین مانع در برابر تغییر ممکن است ثبات خویشتن<sup>۴</sup> باشد. این بیمار سالهاست که براساس باورهایش زندگی کرده است. وقت و انرژی زیادی صرف بهبودی روابطش کرده است. عزت نفس خود را در تغییر این رابطه آسیبزا می جوید. بنابراین طبیعی است که از تغییر رابطه اکراه داشته باشد. او در تله ای افتاده است که ما آن را "جسبیدن به هزینه های بر باد رفته"<sup>۵</sup> می نامیم. او بر تصمیم گذشته خود

1. Practical Problems

2. Psychological Problems

3. Validation

4. Self - consistency

5. Sunk - cost

سخت پایبند است تا ثابت کند که در زندگی آدم شکست خورده‌ای است. از چشم‌انداز این خانم بیرون رفتن از رابطه به معنای این است که در تصمیم گذشته‌اش اشتباه کرده است. بنابراین احتمال دارد در آینده با مشکلات بیشتری روبه‌رو شود.

شاید حالا بهتر مشخص شود که چرا این زن ۱۵ سال آزرگار در این رابطه ناسازگار مانده است. او متعهد است تا رفتار گذشته‌اش را توجیه کند. علی‌رغم این‌که در حال حاضر دلیل روشن، منطقی و واضحی برای ماندن در این رابطه وجود ندارد، با این حال انگیزه و دلایل بیشتری دارد تا بتواند رابطه را در آینده تغییر دهد. او ممکن است با خودش این‌گونه فکر کند: "اگر ترک کردن این رابطه به همین راحتی است، پس چرا سال‌ها قبل این کار را نکردم؟" ممکن است برای این تصمیم چندین تبیین ارایه کند: "شاید احمق بوده که در این رابطه مانده است، شاید خودش را از لحاظ اخلاقی موظف می‌دانسته است که رابطه را اصلاح کند یا شاید خودش را از تغییر رابطه ناتوان می‌دیده است. (یعنی فکر می‌کرده است که توان تغییر را ندارد.)"

مانع سوم در تغییر الگوهای عادت‌های این است که خودش را آدمی منفور و ناتوان تلقی می‌کند. به این باورها، طرح‌واره‌های شخصی<sup>۱</sup> می‌گویند. ما معمولاً دوست داریم رفتار گذشته‌مان را مطابق با نگرش‌مان بنگریم. منظور این است که سعی می‌کنیم رفتارمان با هویت‌مان نزدیک و هم‌خوان باشد. زمانی که خودپنداره ما شکل گرفت، اغلب تمایل داریم اطلاعاتی را به یاد بیاوریم که با خودپنداره شخصی یا طرح‌واره‌مان مطابقت دارند. داشتن طرح‌واره شخصی به ما اجازه می‌دهد که رفتارمان را در آینده پیش‌بینی کنیم و بتوانیم به رفتارمان معنا بدهیم. یکی از طرح‌واره‌های نافذ این خانم سیاه‌بخت، درماندگی بود. بنابراین هرگونه علامتی دالّ تغییر ممکن است باورهای او را فعال کند. باورهای مبنی بر این‌که به تنهایی نمی‌تواند گلیمش را از آب بیرون بکشد، نمی‌تواند از پس مخارج روزمره بر بیاید، نمی‌تواند کار پیدا کند یا نمی‌تواند بچه‌ها را از آب و گل در بیاورد. نکته طنزآمیز قضیه این است که رابطه با همسری پرتوقع، منفعل - پرخاشگر، احساس درماندگی‌اش را بیشتر می‌کند. در اثر ادامه این رابطه، درماندگی چنان بر ذهن او سایه می‌افکند که ترک رابطه دشوارتر و محال‌تر به نظر می‌رسد. بنابراین، درمانگر از منظر بدرفتاری روان‌شناختی<sup>۲</sup> دلایل زیادی برای ترک او از رابطه می‌بیند، اما از دیدگاه چسبندگی روان‌شناختی<sup>۳</sup>، این خانم دلایل زیادی برای ادامه رابطه دارد.

مانع چهارم تغییر ممکن است مقاومت اخلاقی<sup>۴</sup> باشد. این خانم اعتقاد دارد "جهان عادلانه"<sup>۵</sup> است. منظور این است که اتفاق بد و ناخوشایند برای انسان‌های بد می‌افتد. بنابراین او ممکن است از تجارب زندگی با همسرش نتیجه بگیرد که لایق خوشبختی نیست زیرا آشفتنگی در زندگی زناشویی‌اش شواهدی محکم دالّ بر بی‌ارزشی اوست. یا ممکن است خودش را از لحاظ اخلاقی متعهد بداند که باید این رابطه را به سرانجامی خوب ختم کند.

1. Personal schemas  
3. Psychological glue  
5. Just world

2. Psychological abuse  
4. Moral resistance



بُعد پنجم مقاومت این است که مراجع احتمال دارد خودش را قربانی<sup>۱</sup> شرایط تلقی کند. او ممکن است به خاطر رنج‌ها و مشکلاتش برای خودش حقی قائل باشد\*؛ "من حق دارم احساس بدی داشته باشم. نگاه کنید که چگونه با من رفتار می‌کند!" او ممکن است احساس کند حق دارد در خانه بماند و باید رابطه را سروسامان بدهد. او ممکن است از لحاظ اخلاقی خودش را موظف بداند که باید عادت به میگساری همسرش را تغییر دهد و میگساری همسرش را شاهدهی دال بر عیب و نقص‌های شخصیت خودش تلقی کند. ممکن است با تلاش‌های روزافزونی که برای ترک میگساری همسرش انجام می‌دهد نه تنها رضایت‌خاطری کسب کند بلکه ثابت کند که حق با اوست و همسرش در اشتباه محض به سر می‌برد.

ششمین بُعد مقاومت را می‌توان در نگرش این بیمار به تغییر جستجو کرد. او ممکن است تغییر را بسیار خطرآفرین<sup>۲</sup> و دردسرساز تلقی کند. از آنجا که در این رابطه هر روز عزت‌نفس این خانم لطمه می‌بیند و همسر بدرفتارش نیز مدام او را به بی‌کفایتی متهم می‌کند، پس چندان هم تعجب‌برانگیز نخواهد بود که این خانم به تدریج چنان به توانمندی‌های خودش شک کند که در انجام امور عادی هم دچار احساس بی‌کفایتی شود. اگر رابطه را ترک کند نمی‌تواند گلیم خود را از آب بیرون بکشد. می‌ترسد که مبادا سرمایه‌اش ته بکشد و به نان شب محتاج گردد. می‌ترسد که مریض شود و نتواند از خودش مراقبت کند. می‌ترسد که خانه را ترک کند و آنگاه متوجه شود که چه اشتباهی مرتکب شده است. می‌ترسد که اگر دوباره به خانه برگردد با طعنه و سرزنش و تحقیرشدگی چه کار کند. اگر با سرافکنندگی به خانه برگردد آبرویش در خطر است. به همین دلیل می‌گوید: "اگر خانه را ترک کردم و نتوانستم از پس امور زندگی بریایم چه کار کنم؟" او تغییر را چنان خطرآفرین می‌بیند که تمام هوش و حواسش معطوف نشانه‌های احتمالی شکست است. او می‌ترسد که امیدوار شود و شکست بخورد. تصمیم‌گیری برای او سخت خطرآفرین است. در واقع او از دست درمانگر خام و بی‌تجربه عصبانی است که باور دارد شجاعت به شما کمک می‌کند که احساس بهتری پیدا کنید. چیزی را که درمانگر به‌عنوان فرصت تصمیم‌گیری تلقی می‌کند، این مراجع به‌عنوان آزمونی برای اثبات بی‌کفایتی‌اش می‌نگرد.

بُعد هفتم مقاومت این است که این مراجع ممکن است از مشکلات زناشویی‌اش به‌عنوان راه‌برد

## 1. Victim

\* اگرچه آبرو کامو اعتقاد داشت که رنج کشیدن هیچ حقی ایجاد نمی‌کند و ویتگنشتاین نیز اعتقاد دارد نمی‌توانم از رنج کشیدن چیزی یاد بگیرم، اما دامنه معنایی رنج کشیدن در دین اسلام فراتر از این حرف‌هاست. رنج کشیدن در دین اسلام می‌تواند دامنه معنایی فراگیری داشته باشد مثل رنج برای هدایت، رنج به‌عنوان آزمون الهی، رنج به‌عنوان پالایش فردی (م.م) به نقل از آبرو، کامو، (۱۳۸۸). یادداشت‌ها. (جلد اول، ص ۳۱). ترجمه خشایار دیهیمی، تهران: ماهی. حسین، مالک (۱۳۸۹)، ویتگنشتاین و حکمت. تهران: هرمس.

خشک جان، زهرا. (۱۳۹۶). این رنج، یک رنج نیست. تهران: کویر

## 2. Too risky

خودناتوان‌سازی<sup>۱</sup> استفاده کند. تا زمانی که او بر رابطه‌اش به‌عنوان "مشکل" تمرکز کرده است، پس می‌تواند برای شکست در شغلی‌اش، دست به دامن بهانه‌تراشی شود. به عبارتی، مشکلات ارتباطی‌اش با همسرش دستاویزی است برای بهانه‌تراشی در حوزه شغلی. او ممکن است به خودش و دوستانش بگوید: "چه انتظاری از من دارید؟ این همه مشکل در زندگی مشترک با همسرم دارم." مشکلاتی که افراد درباره شکایت‌های روابط خود ابراز می‌کنند، باعث می‌شود خودشان را توجیه کنند که به دلیل این مشکلات نتوانسته‌اند در سایر حوزه‌های زندگی موفق عمل کنند. دغدغه خاطر با مسائل و مشکلات جسمی نیز همین کارکرد را دارد. شاید این مراجع واقعاً می‌ترسد که توانایی‌های شغلی‌اش ارزیابی شود. اما اشتغال ذهنی‌اش درباره رابطه با همسرش به‌عنوان عامل توجیه‌برگردان<sup>۲</sup> از چالش‌های محیط شغلی عمل می‌کند.

اگرچه در ابتدای امر این مراجع خیلی مقاوم به‌نظر می‌رسد، اما درمانگران باتجربه می‌دانند که چنین مراجعانی خیلی هم نادر نیستند. بیمار ممکن است پس از طی کردن دوره دارودرمانی و روان‌درمانی علائمش برطرف شده باشد، اما مشکل اصلی او کماکان پابرجاست. بسیاری از درمانگرانی که بیش از ۱۰ سال سابقه درمان دارند، ممکن است اظهارکنند علی‌رغم به‌کارگیری تکنیک‌ها و روش‌های متعدد باز هم مشکلات بیماران ادامه پیدا می‌کند. بیماران در جلسه اول درمان ممکن است مقاومت خودشان را نشان دهند: "برخی از بیماران از تکمیل پرسش‌نامه‌های مربوط به جلسات پذیرش خودداری می‌کنند و برخی از آنها نیز وقت می‌گیرند، اما بدون اطلاع یا با اطلاع جلسه را کنسل می‌کنند. یکی از بیماران در جلسه اول به من گفت: "من هیچ‌گونه تکلیف خانگی انجام نمی‌دهم. اگر قرار است به من کمک کنید در همین جلسه و همین جا به من کمک کنید."

## انتقال متقابل

کاملاً بدیهی است که برخی از بیماران باعث ایجاد انتقال متقابل<sup>۳</sup> شدید در درمانگر شوند. شناخت‌درمانگران ممکن است تعجب کنند از اینکه من به‌عنوان یک شناخت‌درمانگر از واژه انتقال متقابل استفاده می‌کنم که اصطلاحی روان‌پویشی است. به چند دلیل می‌خواهم این اصطلاح را از همکارانی که رویکردشان روان‌پویشی است قرض بگیرم. توجه داشته باشید که نمی‌خواهم این اصطلاح را از آنها بدزدم. اول اینکه چه بخواهیم و چه نخواهیم انتقال متقابل وجود دارد و ربطی به جهت‌گیری درمانی شما ندارد. چه درمانگر ذهنی‌گرا باشید و چه درمانگر تکنیک محور، انتقال متقابل انکارناپذیر است. همه می‌دانیم که بیماران یا مشکلات خاصی ما را به دردسر می‌اندازد. دوم اینکه هیچ‌کدام از ما

1. Self-handicapping

2. Distraction

3. Countertransference

یکه تا ز صحنه حقیقت نیستیم. مفاهیم انتقال، انتقال متقابل و حتی دفاع‌های ایگو ممکن است به ما کمک کنند تا مشکلات مراجعان را تغییر دهیم یا حتی الامکان آنها را درک کنیم. علاوه بر این، برخی از مؤلفه‌های مهم مدل روان‌پوشی قابلیت آن را دارند تا تن به پژوهش بدهند. چنین مفاهیمی ارزش بالینی دارند مثل انگیزش ناهشیار، ریشه‌های تحوّل و تیپ‌های مختلف شخصیتی. وستن (۱۹۹۸) در مقاله‌ای به این مفاهیم اشاره کرده است. سوّم این‌که استفاده من از اصطلاحات "انتقال" و "انتقال متقابل" به معنای رها کردن مدل شناختی نیست. بلکه کاملاً برعکس هدفم این است که این مفاهیم را در چارچوب مدل شناختی درون‌سازی کنم. می‌خواهم این نکته را خاطرنشان سازم که می‌توانیم درک خود را از رابطه بیمار و درمانگر ارتقاء ببخشیم و با به‌کارگیری سازه‌های شناختی مثل نظم‌پریشی عاطفی<sup>۱</sup>، مقاومت اخلاقی<sup>۲</sup>، فرآیندهای طرح‌واره‌ای<sup>۳</sup> و خطرگریزی<sup>۴</sup>، پاسخ‌های درمانگر به رابطه را بهتر فرمول‌بندی کنیم. زمانی که ما به‌عنوان درمانگر، خودمان را بیمار تلقی می‌کنیم (یعنی باید به نقد و بررسی انتقال متقابل بپردازیم)، آنگاه متوجه می‌شویم که چقدر برای بیماران رهاسازی الگوهای قدیمی سخت و طاقت‌فرساست و همچنین خودمان به‌عنوان درمانگر چقدر در تغییر الگوهای عادت‌ی و واکنشی مان با مشکل روبه‌رو می‌شویم. در رابطه درمانی هم بیمار و هم درمانگر، بیمار هستند.

## سازمان‌بندی کتاب

در این کتاب، ابتدا بحث مختصری درباره اهمیت مقاومت در دوران درمانی ارائه می‌کنم. در بخش اول به بررسی دیدگاه‌های روان‌کاوی، رفتاری و مدل‌های سنتی شناختی درباره مقاومت می‌پردازیم. این مرور مختصر باعث می‌شود که معنای مقاومت را در مدل‌های بالینی یا چارچوب‌های نظری بهتر درک کنیم. چیزی که ظاهراً در رفتار درمانی به‌عنوان مقاومت در نظر گرفته می‌شود در مدل روان‌پوشی، بازگشت معنا می‌دهد و ممکن است تمام هدف درمان بر بازگشت متمرکز شود. همچنین در بخش اول به مقاومت در برابر ساختارمندی اشاره می‌کنم. منظور از مقاومت در برابر ساختارمندی این است که بیماران در برابر مؤلفه‌های جدایی‌ناپذیر مدل شناختی دست به مقاومت می‌زنند.

در بخش دوم، مدل هفت بُعدی مقاومت را ارائه می‌کنم: اعتبارجویی بیمارگونه، ثبات خویشتن، مقاومت طرح‌واره‌ای، مقاومت اخلاقی، مقاومت مظلوم‌نمایی، خطرگریزی و خود- ناتوان‌سازی. این سازه‌ها، مؤلفه‌های اصلی مدل شناختی مقاومت هستند که من مطرح کرده‌ام. این مدل مدعی نیست که تمام ابعاد مقاومت را پوشش می‌دهد. به‌عنوان مثال، مشکلات مربوط به دلبستگی یا مشکلات مربوط به سیستم خانوادگی که گاهی اوقات محور جدی مقاومت محسوب می‌شوند در این مدل جایی ندارند.

به این مشکلات در سایر مدل‌ها بهتر می‌توان پرداخت و باید از طرف متخصص بالینی که در این رویکردها صاحب تجربه است، در فرآیند درمان لحاظ شوند.

در بخش سوم به مسأله انتقال متقابل می‌پردازم. به چندین طرح‌واره اشاره می‌کنم که در شکل‌دهی به انتقال متقابل نقش دارند. علاوه بر این، به این موضوع نیز اشاره می‌کنم که طرح‌واره‌های درمانگر چگونه با بیماران مختلف در تعامل قرار می‌گیرند. علاوه بر این، بخشی از قسمت سوم کتاب به این موضوع اختصاص یافته است که چگونه درمانگر می‌تواند از تکنیک‌های شناخت‌درمانی برای کمک به خودش در تعدیل انتقال متقابل سود ببرد. نتیجه این فرآیند به سود بیمار است. معتقدم که انتقال متقابل، دریچه‌ای بی‌نظیر برای درک دنیای بین‌فردی بیمار است. درمانگر با استفاده بالینی از انتقال متقابل می‌تواند نسبت به جهان "واقعی" بیمار، بینش و آگاهی پیدا کند و ممکن است بیمار بیاموزد که چگونه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌اش شکل گرفته‌اند.

مخاطب اصلی این کتاب متخصصین بالینی هستند که با رویکرد شناخت‌درمانی آشنایی دارند. با این حال، لزومی ندارد که خواننده در شناخت‌درمانی تجربه بالینی داشته باشد. بحث‌های این کتاب تقریباً برای هر متخصصی با هر رویکرد درمانی مفید هستند. از آنجایی که تلاش کردم فاصله نظری بین شناخت‌درمانی با سایر مدل‌ها را بپرکنم، خواننده ممکن است متوجه شود که محتوی و دستورالعمل‌های کتاب کمتر رنگ و بوی جدال رویکردی و نظری دارند و بیشتر با تجارب بالینی افراد هم‌سو و هم‌جهت هستند.

بخش اوّل

**بنیادهای نظری و مفهومی**



## فصل ۲

### مدل‌های مقاومت

یکی از محورهای اساسی روان‌درمانی در قرن نوزدهم این است که بیماران در برابر تغییر احتمالاً دست به مقاومت می‌زنند. در طی قرن نوزدهم بسیاری از نورولوژیست‌ها (پیشروان روان‌پزشکان) آسیب روانی را در قالب مقاومت تعریف می‌کردند. تجارب بالینی این افراد از بیماران روان‌نژند باعث شده بود که ادعا کنند آسیب روانی در اثر تمارض به وجود می‌آید. منظور این است که بیماران با علائم خود قصد دارند منفعت‌های اجتماعی (نظیر شکایت از ناتوانی، مسئولیت‌گریزی، توجه‌طلبی و همدردی‌جویی از دیگران) کسب کنند (شورتز، ۱۹۹۷). علاوه بر این، بروئر و فروید (۱۸۹۵، ۱۹۵۵) معتقد بودند که بیماری روانی بر اثر تعارض درونی در ساختار روانی به وجود می‌آید و بسیاری از بیماران از این تعارض‌های درونی آگاهی ندارند.

#### مقاومت چیست؟

قبل از ارائه مدل‌های مقاومت، ابتدا باید مقاومت را تعریف کنیم. کاری که اصلاً ساده و راحت نیست. مقاومت در بافتارهای گوناگون، معانی مختلفی می‌دهد. مقاومت بدین معناست که بیمار در فرآیند درمان از نقشی که درمانگر برای وی در نظر گرفته است، پیروی نمی‌کند. اگر بیمار در فرآیند درمان دست به مقاومت می‌زند، ابتدا باید بدانیم که او با چه انتظاری وارد درمان شده است. به عنوان مثال، با توجه به رویکرد درمانی، مقاومت می‌تواند به شکل‌های مختلف بروز کند: "تمرکز زیاد بر هیجان‌ها"، "بی‌توجهی به هیجان‌ها"، "داستان‌سرایی درباره زندگی گذشته"، "حرف نزدن درباره زندگی گذشته"، "وادارسازی درمانگر به ارائه راهکار یا کمک نخواستن از درمانگر". مدل روان‌کاوی ممکن است بر اهمیت تخلیه