

## Mindfulness Based Cognitive Therapy on the amount of using Defense Mechanisms of patients with Major Depressive Disorder

Sarraj Khorrami A<sup>1,2</sup>, \*Pasha R<sup>3</sup>, Hafezi F<sup>4</sup>, Bakhtiar Pour S<sup>5</sup>, Eftekhar Z<sup>6</sup>

**Author Address**

1. PhD student of Psychology, Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. PhD student of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Associate Professor of psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
4. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
5. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
6. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

\*Corresponding Author Email: [g.pasha@yahoo.com](mailto:g.pasha@yahoo.com)

Received: 2017 Sep 12; Accepted: 2017 Sep 23.

**Abstract**

**Background & Objective:** Major depression disorder is one of the chronic and disabling disorder that affects the ability to experience healthy mood and causing impairment in the biological and environmental performance of an individual. Effective factors should be known, recognized, and treated or controlled. One of the most influential factors is defense mechanisms, which is involved in the onset and recurrence of this disorder. Defense mechanisms are ways and means by which ego relieve anxiety, resentment, control instinctive, and impulsive behavior. Defense mechanisms are unconscious measure for control of stress. However, due to their self-deception nature, sometimes-unclear mechanisms that are practically inconsistent with adaptive behavior and this is reflected in the behavior of people with mood and anxiety disorders. It is assumed that one of the main reasons for vulnerability versus recurrence and the return of mood disorders are due to frequent links between depressed mood and abusive patterns of unconscious and fluid growth mechanisms, which in turn leads to changes in cognitive and neurological levels. One of the new therapies used for major depressive disorder is mindfulness-based cognitive therapy. Mindfulness-based cognitive therapy is designed to reduce the relapse of depression. It seems that cognitive therapy based on mind-consciousness, by persuading a person to practice to pay attention to the characteristics of the experiences in an unjustified way. The method has led to a more thought logical by increasing the individual's awareness of the experiences of the present moment (for example, by focusing on breathing) and returning attention to the current time. The method has affected the cognitive system and is efficient information processing, which in their turn reduces the immature and neurotic defense mechanisms. In other words, it increases the use of mature mechanisms. For the same reason, the purpose of the present study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the use of defense mechanisms of people with depression.

**Methods:** The study was semi-experimental in the type of pre-test and post-test with the control group. A total of 40 patients with major depressive disorder selected that their disease according to psychiatrics' opinion and DSM-5 had been diagnosed. They were divided randomly into experimental (20 depressive patients) and control (20 depressive patients) groups. The dependent variable included results of defense mechanisms, which measured in the intervention and control groups in similar condition. The used protocol included mindfulness-based cognitive therapy of Segal, Williams, and Teasdale. For execution, first, of both groups by using defense mechanisms (DSQ 40) questionnaire pre-test was taken. Then, the experimental group at eight sessions trained with Mindfulness-based cognitive therapy and after finishing sessions, both groups were taken post-test, and two months later follow-up test was conducted. To analysis data, Analysis of variance with repeated measurements was used.

**Results:** Mindfulness-based cognitive therapy caused reduction using immature ( $F=57.013, p<0.001$ ) and neurotic ( $F=37.684, p<0.001$ ) defense mechanisms in patients suffering from major depression in the experimental group. Also, the use amount of mature mechanisms after the implementation of treatment increased significantly ( $F=197.848, p<0.001$ ) in the experimental group.

**Conclusion:** Based on the study results, it predicts that mindfulness-based cognitive therapy will play an essential role in treating mental disorders and prevention of the onset and relapse of these disorders.

**Keywords:** Mindfulness based cognitive therapy, Defense mechanisms, Major depression disorder.

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

آذر سراج خرمی<sup>۱،۲\*</sup>، رضا پاشا<sup>۳</sup>، فریبا حافظی<sup>۴</sup>، سعید بختیارپور<sup>۵</sup>، زهرا افتخار<sup>۶</sup>

### توضیحات نویسنده‌گان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:
۴. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:
۵. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:
۶. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران:

\* رایانه نویسنده مسئول: g.rpasha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۵ شهریور ماه ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۱ مهر ماه ۱۳۹۶

### چکیده

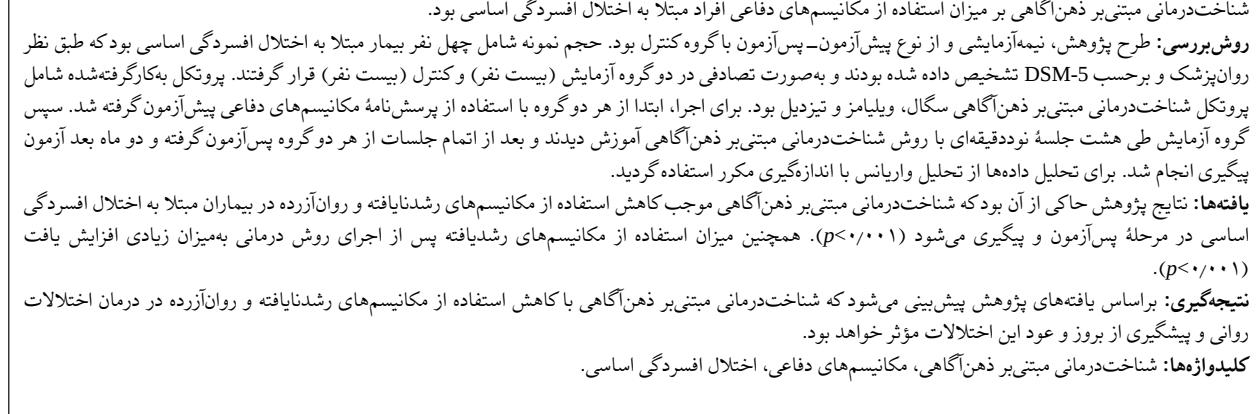
**زمینه و هدف:** عوامل مختلفی در بروز و عود اختلال‌های خلقتی و اضطرابی تأثیر دارد که از جمله عوامل مهم‌تر، نشخوار فکری است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

**روش پژوهش:** طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه شامل چهل نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که طبق نظر روان‌پزشک و برجسب DSM-5 تشخیص داده شده بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (بیست نفر) و کنترل (بیست نفر) قرار گرفتند. پروتکل به کارگرفته شده شامل پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال، ویلامز و تیزدل بود. برای اجراء، ابتدا از هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه نوددقیقه‌ای با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیدند و بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته و دو ماه بعد آزمون پیگیری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزده در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود ( $p < 0.001$ ). همچنین میزان استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته پس از اجرای روش درمانی به میزان زیادی افزایش یافت ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش پیش‌بینی می‌شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزده در درمان اختلالات روانی و پیشگیری از بروز و عود این اختلالات مؤثر خواهد بود.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مکانیسم‌های دفاعی، اختلال افسردگی اساسی.



## ۱ مقدمه

فراهم می‌آورد تا ضمن شناسایی این سازوکارهای خودفریبانه و ناهوشیار، به آن‌ها یاری رسانند که از مکانیسم‌های سازگارانه مقابله (کنارآمدن)، همانند مقابله مسئله‌مدا<sup>۴</sup> و در کنار آن مقابله هیجان‌مدار<sup>۵</sup> بهره گرفته شود (۱۰).

روش‌های درمانی متعددی برای درمان اختلال افسردگی وجود دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان چندسیستمی، درمان شناختی‌رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی اشاره کرد. در سال‌های اخیر، الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شکل گرفته و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد شده است (۱۱). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی، پیش‌بینی کننده عود افسردگی است (۱۲). این روش درمانی، نوید تازه‌های در پیشرفت رویکرد شناختی‌رفتاری در درمان افسردگی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی جنبه‌هایی از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی جان کابات‌زین را با جنبه‌هایی از درمان شناختی استاندارد تلقیق می‌کند (۱۳).

روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۶</sup> به بیماران آموزش می‌دهد تمرکز‌زدایی کنند و تشخیص دهند که چه موقع خلق آن‌ها تخریب‌کننده است؛ به علاوه فنونی را به بیمار ارائه می‌کند که به وی در کاهش و رفع مجرای‌های اطلاعاتی تقویت‌ساز چرخه‌های نشخوار فکری و واکنش‌های منفی به احساسات هیجانی و بدنه کمک می‌کند. مهارت‌های هسته‌ای برنامه MBCT آموزش به بیمار درباره چرخه عود، غنی‌سازی توانایی‌های مقابله با عودهای بالقوه و همچین تشخیص و عدم مشغولیت در حالات ذهنی است که با الگوهای خود تداوم‌دهنده تفكرات نشخواری و منفی همراه است (۱۴).

بارن‌هوفر و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسرگی مزمن انجام دادند. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسرگی مزمن افراد مبتلا بسیار اثربخش بوده است (۱۵). کویکن و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر جلوگیری از عود افسردگی راجعه انجام دادند. برای این منظور گروهی از بیماران در گروه MBCT و گروهی دیگر در دارو درمانی و گروه سوم در کنترل جای گرفتند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که برای جلوگیری از عود افسردگی، گروه درمانی شناختی‌رفتاری از دارو درمانی بهتر است؛ چراکه هم جلوی عود افسردگی گرفته شد و هم بر کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و روانی مؤثر بود (۱۶).

پامپیلی و همکاران در پژوهشی با عنوان بروز نامیدی و خطر خودکشی در پرستاران روان‌پژشکی مبتلا به فرسودگی و پرستارانی که از سازوکارهای دفاعی ویژه‌ای استفاده می‌کنند، به این نتیجه رسیدند که فرسودگی و تعدادی از مکانیسم‌های دفاعی، سطح نامیدی را به عنوان شاخصی از خطر خودکشی پیش‌بینی می‌کند (۱۷).

محمدپور و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی

اختلال‌های خلقی<sup>۱</sup> گروهی از اختلال‌های بالینی است که با مشخصه این که احساس تسلط از بین می‌رود و فرد رنج و عذابی عظیم می‌کشد. اختلال‌های خلقی با آشفتگی در هیجان‌های ابرازشده مشخص می‌شود. به طور کلی این آشفتگی شامل ناراحتی و سرخوشی است (۱). اختلال افسردگی اساسی از جمله اختلال‌های خلقی به شمار می‌رود که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن به خوبی شناخته نشده است. این اختلال با علائمی که به همراه دارد، مشکل زیادی در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کند (۲).

در سال‌های اخیر، بررسی الگوهای تفکر در اختلال‌های هیجانی و نقش آن در دوام این اختلال‌ها در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از مفاهیم بسیار مهمی که در نظام روان‌تحلیلگری برای تبیین عملکرد دفاعی دستگاه روانی در برابر اضطراب و تنبیگی معرفی شده، مکانیسم‌های دفاعی<sup>۲</sup> است که فروید آن‌ها را راهکارهای ناهوشیار من برای کنترل غرایز و تکانه‌ها تعریف کرد (به نقل از ۳). بنا بر تعریف آن‌ها فروید مکانیسم‌های دفاعی راهها و شیوه‌هایی است که من با کمک آن‌ها اضطراب و رنجش را پس زده، رفتار تکانشی و غریزی را کنترل می‌کند (۴). او همچنین علائم روان‌آزده را پیامد استفاده مستمر و عادی از شکل خاصی از دفاع می‌داند؛ به این ترتیب، مکانیسم‌های دفاعی برای مهار اضطراب تشکیل شده و اضطراب به منزله هشداری برای من است تا مکانیسم‌های دفاعی را به خدمت بگیرد (۵). مکانیسم‌های دفاعی به عنوان فرایندهای روان‌شناختی خودکار که افراد را در مقابل اضطراب و آگاهی از استرس‌زاهای درونی و بیرونی حفظ می‌کند، تعریف می‌شود (۶). در نظام روان‌تحلیلگری هر اختلال روانی با سازوکار دفاعی غیرانطباقی خاصی همراه است و دفاع‌ها در سلامت روانی افراد مهم هستند. بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده است و مشخص شده که سلامت جسمی و روانی افراد به طور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی آن‌ها در ارتباط است (۷).

تشخیص سازوکارهای دفاعی غیرانطباقی افراد مبتلا به اختلالات روانی، در روند طراحی چارچوب درمان سودمند است (۸). اینکه مشخص شود هر اختلال با چه نوع روش دفاعی برجسته‌ای همراه است، علاوه بر فهم بیشتر عملکرد نظام روانی، راهبردی کمکی برای تشخیص و تمیز اختلال‌های روانی است. سازوکارهای دفاعی به دلیل اهمیت به خصوصی که در مفهوم پردازی اختلال‌های روانی و درمان آن‌ها از دیدگاه روان‌پویشی دارند، از نظر بالینی و پژوهشی مورد توجه بوده‌اند (۹).

سازوکارهای دفاعی تدبیری ناهوشیار برای کنترل اضطراب‌اند؛ اما به واسطه ماهیت خودفریبی<sup>۳</sup> که دارند، بعضًا سازوکارهای ناپاخته‌ای هستند که عملاً با رفتار سازگارانه هماهنگی نداشته و این در رفتار و سلوک افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی منعکس می‌شود. شناخت این موارد و تبیین مناسب آن‌ها دستاویزی برای درمان‌گران

<sup>4</sup>. problem-centered coping

<sup>5</sup>. emotion-centered coping

<sup>6</sup>. mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

<sup>1</sup>. Mood disorders

<sup>2</sup>. defense mechanisms

<sup>3</sup>. Self - deception

توسط روانپژشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته از جمله<sup>1</sup> SID، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش، چهل نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونهگیری در دسترس انتخاب و بهصورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (بیست نفر افسرده در گروه آزمایش، بیست نفر افسرده در گروه کنترل).

معیارهای ورود شامل افرادی در محدوده سنی بیست تا هفتادسالگی بود که حداقل یک سال سابقه بسترهای از اجرای داشتند و از سه ماه قبل از اجرای روند درمانی، تحت هیچ درمان روان‌شناختی دیگری قرار نگرفته بودند. معیارهای خروج: بیمارانی که بعد از شروع مداخله، تحت مداخلات روان‌شناختی دیگری غیر از درمان مدنظر قرار گرفته بودند یا اینکه در حین جلسات درمانی طبق تشخیص روانپژشک مرکز، مبتلا به اختلال دیگری غیر از افسردگی شده بودند که از نمونه حذف شدند.

ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی<sup>2</sup> بود. این پرسشنامه را اندروز و همکاران (۱۹) بر اساس الگوی سلسه‌مراتبی دفاع‌ها تدوین کردند که شامل چهل سؤال در مقیاس نُددرهای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است و بیست مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشیدیافته، روان‌آزره‌دار و رشدنایافته ارزیابی می‌کند. سبک رشدنایافته عبارت است از: مکانیسم‌های فرون Shan، والایش، شوخ‌طبعی و پیش‌پاپش‌نگری. سبک روان‌آزره‌دار شامل دیگردوستی کاذب، تشكل واکنشی، عقلانی‌سازی و ابطال است و سبک رشدنایافته بین قرار است: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کارتونی، نالرزنده‌سازی، گذار به عمل، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، لايه‌سازی، پرخاشگری منفعانه، جابه‌جایی و مجزاسازی. حیدری نسب پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی در ایران را بررسی و هنجاریابی کرد (۲۰). اعتبار پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب اعتبار و آلفا در گروه‌های مطالعه به تفکیک در داش آمزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه‌گیری و نیز سبک‌های دفاعی، نشان می‌دهد بیشترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و کمترین آلفای کل در دانش آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می‌شود. در سبک‌های دفاعی، بیشترین آلفا مربوط به سبک رشدنایافته (۰/۷۲۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان‌آزره‌دار (۰/۵۰) می‌شود. بر این اساس، بیشترین آلفای کرونباخ محاسبه شده بین دو نیمه آزمون مربوط به مردان دانشجو و کمترین به سبک روان‌آزره‌دار مربوط می‌شود و این موضوع نشان می‌دهد که همبستگی‌های مربوط به دوبار اجرای پرسشنامه در گروه‌های مطالعه (۰/۰۰۱) معنادار است و بر اساس این یافته‌ها مشخص شد پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های مطالعه اعتبار مناسبی دارد (۲۰). آلفای کرونباخ بدست آمده در این پژوهش، ۰/۸۹ است.

به منظور مداخله از راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساخته سگا، ویلیامز و تیزدیل که توسط محمدخانی و همکاران ساخته شده، استفاده شد (۲۱). این

دارودرمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان در بهبود افسردگی بیماران مؤثر است. با این حال، درمان دارویی در کاهش علائم افسردگی آثار بیشتری دارد؛ اما روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آثار درمانی پایدارتری داشت (۱۸).

در واقع، افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزره‌دار، هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخه مخبر ممکن است به بروز و تشدید اختلالات روانی از جمله افسردگی منجر شود. برای کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزره‌دار، لازم است افراد از قضاویت و داوری فاصله گرفته، احساسات و هیجانات و رویدادها را آن‌گونه که وجود دارد، درک کنند. یکی از روش‌های مناسب برای کاهش استفاده از این مکانیسم‌ها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که با ارائه تکنیک‌های آرام‌بخش و به دور از قضاویت، به کاهش استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی کمک می‌کند. انجام دادن تمرینات مواجهه و ایفای نقش، باعث ایجاد فرصت به منظور آشنازی با مشکلات عملکردی فرد و یافتن شیوه‌های جایگزینی برای رفتارها و سبک‌های دفاعی مختلف می‌شود.

درنتیجه، با توجه به میزان اهمیت سازوکارهای دفاعی و با درنظرگرفتن اینکه در جدیدترین مطالعات صورت گرفته، اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روان‌پژشکی بیشترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ افسردگی در رتبه دوم پس از اختلال‌های قلبی و عروقی قرار گیرد (۲)، امید است که با روش‌های صحیح درمانی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برای پیشگیری از بروز و عود افسردگی و در راستای درمان این اختلال اقدامات ضروری صورت گیرد. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

## ۲ روش بررسی

مطالعه حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با توجه به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی و اصول بیانیه هلسینکی مجاز بودند در صورت بروز هرگونه تاراحتی و افزایش درد ناشی از روان‌درمانی، از پژوهش انصراف دهند. قبل از انجام پژوهش و به منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند و سپس با استفاده از روش جای‌گماری تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم گردیدند. متغیر وابسته، مکانیسم‌های دفاعی بیماران بود که در ابتدا از هر دو گروه در وضعیت مشابه با استفاده از پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی، پیش‌آزمون گرفته شد. گروه مداخله با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در هشت جلسه نو دقيقه‌ای و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای، بررسی شدند.

جامعه‌آماری پژوهش شامل همه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شغا در شهرستان دزful بود که

<sup>2</sup>. Defense Mechanisms Questionnaire

1. Structured Interview for DSM5

پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه بود. برنامه درمان در هر ذیل است: جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بوده (پس از ۴۵ دقیقه، ۵ دقیقه استراحت و سپس ۴۰ دقیقه مداخله) که با انجام و استباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. همچنین در تمرين های مرتبط با مداخله مدنظر، تمرين ها و تکاليف هر بخش استباطی، از روش تحليل واريانس با اندازه‌گيری مكرر استفاده جلسه بحث و بررسی می‌گردد (۲۱). محتواي جلسات به شرح گردید.

#### جدول ۱. محتواي جلسات

جلسه	موضوع
تعين اهداف جلسه، تنظيم خط مشي کلي با درنظر گرفتن جنبه محريمانه بودن و زندگي شخصي افراد، دعوت شركت‌کنندگان به تشکيل گروه‌های دونفری و معاري خود به يكديگر و سپس به اعضای گروه به عنوان يك واحد، تمرين خوردن كشمش، دادن پس خوراند و بحث درباره تمرين خوردن، تمرين وارسي بدني، آغاز تمرين با تمكز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث درباره وارسي بدني، تمرين مراقبه وارسي بدني برای شش هفت روز، توزيع نوارها و جزوای جلسه اول، تمام کلاس با تمكز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ريزي و آماده‌سازی.	تعين اهداف جلسه
تمرين وارسي بدني، بازنگري تمرين و تکاليف خانگي، تمرين افكار و احساسات، ثبت وقایع خوشابند، مراقبه نشسته ده پانزده دقیقه، توزيع جزوای جلسه دوم، ارائه تکاليف خانگي، مراقبه وارسي بدني شش بار در هفت روز، تنفس با حضور ذهن ده پانزده دقیقه‌اي، ثبت وقایع خوشابند يا لذت‌بخش (هر روز)، حضور ذهن داشتن از فعالیت‌های عادي، برنامه‌ريزي و آماده‌سازی، پایان دادن به کلاس با قرارگرفتن در فضای تنفس.	تمرين وارسي بدني
تمرين ديدن يا شنیدن، تمرين مراقبه، بازنگري تکاليف، تمرين فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي، تهیه فهرستي از وقایع ناخوشابند، آمادگي شخصي و برنامه‌ريزي، ارائه تکاليف خانگي.	تمرين ديدن يا شنیدن
تمرين پنج دقیقه‌اي «ديدين يا شنیدن»، چهل دقیقه مراقبه‌آگاهی از تنفس، بدنه، صدا و افكار، بازنگري تکاليف خانگي، فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي، تمرين مراقبه نشسته، تعين تکاليف خانگي، آمادگي فردی و برنامه‌ريزي (برای ماندن در زمان حال).	تمرين پنج دقیقه‌اي
چهل دقیقه مراقبه نشسته‌آگاهی از تنفس، بدنه، صدای افکار. توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که به افکار، احساسات یا حس‌های بدنه نشان می‌دهیم، با تجربه‌مان ارتباط برقرار می‌کنیم. بیان دشواری‌هایی که در طی انجام دادن تمرين روی می‌دهد و توجه به تأثيرات آن‌ها بر بدنه و واکنش به آن‌ها، بازنگري تمرين و تکاليف خانگي، فضای تنفس و بازنگري آن، تعين تکاليف خانگي، فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي مقابله‌اي، آماده‌سازی و برنامه‌ريزي.	چهل دقیقه مراقبه نشسته
مراقبه نشسته، بازنگري تکاليف خانگي، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرين نظرات یا افکار جانشين، زمان تنفس و بازنگري آن، تعين تکاليف خانگي، فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي مقابله‌اي، آماده‌سازی و برنامه‌ريزي.	تمرين هشتم
مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدنه، صدای افکار، بازنگري تکاليف خانگي، تمرين مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستي از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به حس از عهده‌برآيی منجر می‌شود، برنامه‌ريزي و تهیه يك برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي به عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایي شانگان عود، شناسایي کارهای موردنیاز برای رویارویی با عود (بازگشت)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌اي یا قدمزدن همراه با حضور ذهن، دادن تکاليف خانگي، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی شانگان عود، گسترش برنامه فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ريزي.	تمرين هفتم
تمرين وارسي بدني، بازنگري تکاليف خانگي (شامل نظامهای هشدار‌دهنده اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگري كل برنامه، نظرسنجي از شركت‌کنندگان درباره برنامه، بحث درباره اينکه چگونه به بهترین نحو، تحرك و نظمي ادامه يابد که در هفت هفتگشته چه در تمرين‌های منظم و چه در تمرين‌های غيرمنظم ایجاد شده، وارسي و بحث درباره برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرين، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ريزي.	تمرين هشتم

در جدول ۲، مقادير ميانگين و انحراف معيار و نتایج تحليل واريانس با اندازه‌گيری مكرر متغير با استفاده از مکانيسم‌های دفاعي در دو گروه مطالعه در مراحل پيش‌آزمون، پس‌آزمون و پيچيزه ارائه شده است.

### ۳ یافته‌ها

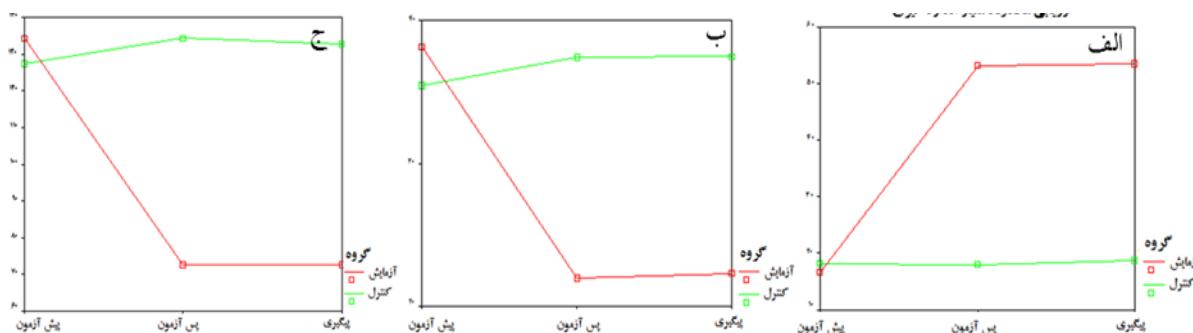
در جدول ۲، مقادير ميانگين و انحراف معiar و نتایج

جدول ۲. شاخص‌های آماری و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر	F	مقدار p
		مقدار	مقدار			مقدار	مقدار
سبک دفاعی رشدیافته	گروه آزمایش	۱۶/۶۰	۲/۳۴	۵۳/۱۵	۱۰/۱۷	۵۳/۵۰	۱۰/۲۵
		۱۸/۱۵	۳/۹۲	۱۸/۵۶	۳/۴۳	۱۸/۵۶	۳/۴۳
سبک دفاعی روان آزرمایش	گروه آزمایش	۳۸/۱۵	۵/۱۶	۲۲/۰۰	۹/۰۰	۲۲/۳۵	۸/۲۶
		۳۵/۴۰	۵/۷۷	۳۷/۴۰	۷/۲۲	۳۷/۵۰	۷/۲۴
سبک دفاعی رشدناپایافته	گروه آزمایش	۱۳۴/۲۰	۲۵/۴۳	۷۲/۹۰	۱۲/۶۲	۷۲/۹۰	۱۲/۶۲
		۱۲۷/۵۵	۱۹/۸۶	۱۳۴/۲۰	۲۵/۴۳	۱۳۲/۷۰	۲۲/۹۱

همان طور که در این جدول مشاهده می‌شود، مقادیر میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدناپایافته و روان آزرمایش‌ها در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پیگیری کاهش یافته و میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است؛ درصورتی که در هر سه متغیر در گروه کنترل تغییر چشمگیری در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون نداشته است.

نمودار مربوط به هر سه سبک دفاعی در شکل ۱ نشان داده شده است:



شکل ۱. نمودارهای مربوط به سبک دفاعی رشدیافته (الف)، سبک دفاعی روان آزرمایش (ب) و سبک دفاعی رشد نایافته (ج)

قاسی مطلق و همکاران (۲۲) همسوست. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و همچنین کاهش میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدناپایافته و روان آزرمده و افزایش مکانیسم‌های رشدیافته تأثیر دارد. پی‌یت و هوگارد (۲۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدناپایافته شده است.

پیش‌جنسی، برای نمونه شخصیت دهانی که مستعد افسردگی است، موجبات بهره‌گیری زیاد از مکانیسم‌های دفاعی رشدناپایافته و روان آزرمده را فراهم می‌آورد. دفعه‌هایی مانند پرخاشگری منفعتانه که سبک رشدناپایافته را تشکیل می‌دهد، بیماران را در کنارآمدن بهینه با واقعیت

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش بهکارگیری مکانیسم‌های دفاعی رشدناپایافته و روان آزرمده در بیماران افسرده شده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار کرد دلیل عدم تشكیل و تشدید خلق افسرده، استفاده بیش از حد از سازوکارهای دفاعی رشدناپایافته و روان آزرمده است. بهطورکلی در زمینه کاربرد زیاد مکانیسم‌های دفاعی توسط بیماران، می‌توان چنین تبیین کرد که ثابت در مراحل

تأثیرگذار است. این یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که در هنگام رویارویی با وقایع آزاردهنده و استرس‌زا، افرادی که از خوددارکی مثبت‌تری برخوردارند و سطوح عمیق‌تری از باورهای کنترل و خودکفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی هیجانی کمتری را تجربه کرده و بهدلیل آن عملکرد آنان در تکالیف شناختی، کمتر دچار تخریب و رکود می‌شود (۲۵).

با توجه به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از این روش درمانی درباره سایر عوامل دخیل در بروز و عود افسردگی و همچنین دیگر اختلالات اعصاب و روان استفاده گردد.

## ۵ نتیجه‌گیری

در مجموع، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب بهشوهای خالی از قضاویت، موجب تفکر منطقی‌تر شده و با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر (مثلًاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد که بهنوبه خود باعث کاهش بهکارگیری مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آرده و بهتعی، افزایش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته می‌گردد.

## ۶ تشکر و قدردانی

در پایان از پرسنل محترم مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا و تمامی بیمارانی که در این پژوهش ما را خالصانه یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

ناتوان می‌سازد. افرادی که به این دفاع‌ها متولّ می‌شوند، معمولاً رشدنایافته و غیرقابل دسترس می‌نمایند که این ترضیحات مؤید کاربرد بیشتر این سبک دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی است (۱۰).

در واقع افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آرده، هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخه مخرب ممکن است باعث بروز و تشدید اختلالات روانی از جمله افسردگی شود. برای کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آرده لازم است افراد از قضاویت و داوری فاصله بگیرند و احساسات و هیجانات و رویدادها را آن‌گونه که وجود دارد، درک کنند. یکی از روش‌های مناسب برای کاهش استفاده از این مکانیسم‌ها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که با ارائه تکنیک‌های آرامبخش و بعد از قضاویت، به کاهش استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی کمک می‌کند. انجام دادن تمرینات مواجهه و ایفای نقش، باعث ایجاد فرصت برای آشنایی با مشکلات عملکردی فرد و یافتن شیوه‌های جایگزینی برای رفتارها و سبک‌های دفاعی مختلف می‌شود (۲۴).

در اصل فرض بر این است که یکی از دلایل اصلی آسیب‌پذیری در مقابله عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای استفاده نابهای مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آرده است که بهنوبه خود به تعیراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۲۳).

نتایج به دست آمده از توان پیش‌بینی سلامت روانی از طریق سبک‌های دفاعی در بیماران، نشان می‌دهد باورهای افراد درباره میزان کنترلی که می‌توانند بر موقعیت‌های فشارزا اعمال کنند و نیز احساس خودکفایتی آنان برای غلبه بر مشکلات و رویدادهای آزاردهنده، بر میزان برانگیختگی هیجانی و عملکردهای فردی در موقعیت‌های مذکور

## References

1. Rathus S. Psychology, Concepts and Connections. Ebrahimi Moghaddam H, Abolmaali Kh, Ranjgar B, Tahri A, Nabavi Ale-agha F, Peykani A, et al (Persian translators). First edition. Tehran, Iran: Savalan; 2007, pp: 680-5. [Persian]
2. Sadock BJ, Kaplan H. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Rezaei F (Persian translator). Tehran, Iran: Arjmand; 2015, pp: 642-5. [Persian]
3. Offer R, Lavie R, Gothelf D, Apté A. Defense mechanisms, negative emotions and psychopathology in adolescent inpatients. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):35-41. doi:[10.1016/S0010-440X\(00\)90129-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90129-9)
4. Freud A. The ego and the mechanism of defense. Alikhah M (Persian translator). Third edition. Tehran, Iran: Markaz publication; 2003, pp:73- 6. [Persian]
5. Corsini RJ, Weeding D. Current psychotherapies. Ninth Edition. Illinois, USA: Peacock; 2008, pp: 23- 32.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC, USA: American Psychiatric Association; 2010.
7. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *AM J Psychiatry*. 2004;161(9):1665-71. doi:[10.1176/appi.ajp.161.9.1665](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665)
8. Heldt E, Gus Manfro G, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*. 2006;44(5):657-65. doi:[10.1016/j.brat.2005.05.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.003)
9. Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychol*. 2000;55(6):637-46. doi:[10.1037/0003-066X.55.6.637](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.637)
10. Sarraj-Khorrami A, Karami J, Momeni Kh. Comparing thinking rumination and defense mechanisms in patients suffering from major depression and obsessive-compulsive disorders with normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(2):53-63. [Persian] doi:[10.22075/JCP.2017.2163](https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2163)
11. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*. 2006;6(1):1-14. doi:[10.1186/1471-244X-6-14](https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-14)
12. Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy: Distinctive features. Khoshlahjeh Sedgh A (Persian translator). Second edition. Tehran, Iran: Besat; 2011, pp: 53-72. [Persian]
13. Teasdale J. A gate to metacognition. Younesi SJ, Rahimian Bogar A (Persian translators). Tehran, Iran: Danjeh; 2008. [Persian]
14. Baer RE. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications. San Diego, USA: Academic Press; 2014.
15. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009;47(5):366-73. doi:[10.1016/j.brat.2009.01.019](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019)
16. Kuyken W, Watkins ER, Holden ER, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther*. 2010;48(11):1105-12. doi:[10.1016/j.brat.2010.08.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003)
17. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006;3(20):135-43. doi:[10.1016/j.apnu.2005.12.002](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.002)
18. Mohamadpour S, Ahmadi-Sabzevari F, Nazari H. Comparison of the efficacy of pharmacotherapy with mindfulness-based cognitive therapy in the reduction of symptoms severity in major depressive disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2015;13(4):617-24. [Persian]
19. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(4):246-56. doi:[10.1097/00005053-199304000-00006](https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006)
20. Heidari Nasab L, Mansour M, Azad Fallah P, Shayiri M. Validity and reliability of defense styles in Iranian samples. *Daneshvar Raftar*. 2007;14(22):11-26. [Persian]
21. Mohamadkhani P, Tamanayifar SH, Jahani Tabesh O. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent recurrence. Third edition. Tehran, Iran: Faradid; 2015, pp: 40- 55. [Persian]
22. Ghasemi M, Manshaee Gh, Askari K, Talebi H. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and schema therapy on the rate of using negative automatic thoughts in depressive patients. *Scientific Journal of Educational Research*. 2015;8(35):1-15. [Persian]
23. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1032-40. doi:[10.1016/j.cpr.2011.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002)
24. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Dis*. 2011;130(1-2):138-44. doi:[10.1016/j.jad.2010.09.027](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.027)
25. Blackman JS. 101 defenses. First edition. United Kingdom: Routledge; 2004.