MEJDS. 2018; 8:106.

Published online 2019 Aug. **Research Article**

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

Sarraj Khorrami A [1,2], *Pasha R[3], Hafezi F[4], Bakhtiar Pour S[5], Eftekhar Z[6]

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.rpasha@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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۱۰۶.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

آذر سراج‌خرمی[۱و۲]،*رضا پاشا[۳]، فریبا حافظی[۴]، سعید بختیارپور[۵]، زهرا افتخار[۶]

توضیحات نویسندگان

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؛
*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: g.rpasha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۵ شهریورماه۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱ مهرماه۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: عوامل مختلفی در بروز و عود اختلال‌های خلقی و اضطرابی تأثیر دارد که از جمله عوامل مهم‌تر، نشخوار فکری است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه شامل چهل نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که طبق نظر روان‌پزشک و برحسب DSM-5 تشخیص داده شده بودند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (بیست نفر) و کنترل (بیست نفر) قرار گرفتند. پروتکل به‌کارگرفته‌شده شامل پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی سگال، ویلیامز و تیزدیل بود. برای اجرا، ابتدا از هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای با روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری می‌شود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین میزان استفاده از مکانیسم‌های رشدیافته پس از اجرای روش درمانی به‌میزان زیادی افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش پیش‌بینی می‌شود که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده در درمان اختلالات روانی و پیشگیری از بروز و عود این اختلالات مؤثر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، مکانیسم‌های دفاعی، اختلال افسردگی اساسی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

۱ مقدمه

اختلال‌های خلقی[1] گروهی از اختلال‌های بالینی است که با مشخصهٔ این‌که احساس تسلط از بین می‌رود و فرد رنج و عذابی عظیم می‌کشد. اختلال‌های خلقی با آشفتگی در هیجان‌های ابرازشده مشخص می‌شود. به‌طورکلی 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 به‌خوبی 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 تنیدگی معرفی شده، مکانیسم‌های دفاعی[2] است که فروید آن‌ها را راهکارهای ناهوشیار من برای کنترل غرایز و تکانه‌ها تعریف کرد (به نقل از ۳). بنا بر تعریف آنا 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 روان‌آزرده را پیامد استفادهٔ مستمر و عادتی از شکل خاصی از دفاع می‌داند؛ به این ترتیب، مکانیسم‌های دفاعی برای مهار اضطراب تشکیل شده و اضطراب به‌منزلهٔ هشداری برای من است تا مکانیسم‌های دفاعی را به خدمت بگیرد (۵). مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان 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 به‌طور 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 به‌دلیل اهمیت به‌خصوصی که در مفهوم‌پردازی اختلال‌های روانی و درمان آن‌ها از دیدگاه روان‌پویشی دارند، ازنظر بالینی و پژوهشی مورد توجه بوده‌اند (۹).

سازوکارهای دفاعی تدابیری ناهوشیار برای کنترل اضطراب‌اند؛ اما به‌واسطهٔ ماهیت خودفریبی[3] که دارند، بعضاً سازوکارهای ناپخته‌ای 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 فراهم می‌آورد تا ضمن شناسایی این سازوکارهای خودفریبانه و ناهوشیار، به آن‌ها یاری رسانند که از مکانیسم‌های سازگارانهٔ مقابله (کنارآمدن)، همانند مقابلهٔ مسئله‌مدار[4] و در کنار آن مقابلهٔ هیجان‌مدار[5] بهره گرفته شود (۱۰).

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

روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[6] به بیماران آموزش می‌دهد تمرکززدایی کنند و تشخیص دهند که چه موقع خلق آن‌ها تخریب‌کننده است؛ به‌علاوه فنونی را به بیمار ارائه می‌کند که به وی در کاهش و رفع مجراهای اطلاعاتی تقویت‌ساز چرخه‌های نشخوار فکری و واکنش‌های منفی به احساسات هیجانی و بدنی کمک می‌کند. مهارت‌های هسته‌ای برنامهٔ MBCT آموزش به بیمار دربارهٔ چرخهٔ عود، غنی‌سازی توانایی‌های مقابله با عودهای بالقوه و همچنین تشخیص و عدم مشغولیت در حالات ذهنی است که با الگوهای خود تداوم‌دهندهٔ تفکرات نشخواری و منفی همراه است (۱۴).

بارن‌هوفر و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسرگی مزمن انجام دادند. نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مزمن افراد مبتلا بسیار اثربخش بوده است (۱۵). کویکن و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر جلوگیری از عود افسردگی راجعه انجام دادند. برای این منظور گروهی از بیماران در گروه MBCT و گروهی دیگر در دارودرمانی و گروه سوم در کنترل جای گرفتند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که برای جلوگیری از عود افسردگی، گروه درمانی شناختی‌رفتاری از دارودرمانی 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 ناامیدی و خطر خودکشی در پرستاران روان‌پزشکی مبتلا به فرسودگی و پرستارانی که از سازوکارهای دفاعی ویژه‌ای استفاده می‌کنند، به این نتیجه رسیدند که فرسودگی و تعدادی از مکانیسم‌های دفاعی، سطح ناامیدی را به‌عنوان شاخصی از خطر خودکشی پیش‌بینی می‌کند (۱۷).

محمدپور و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسهٔ اثربخشی

---

1. Mood disorders
2. defense mechanisms
3. Self - deception
4. problem-centered coping
5. emotion-centered coping
6. mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

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

در واقع، افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده، هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخهٔ مخرب ممکن است به بروز و تشدید اختلالات روانی از جمله افسردگی منجر شود. برای کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده، لازم است افراد از قضاوت 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، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است که با ارائهٔ تکنیک‌های آرام‌بخش و به‌دور از قضاوت، به کاهش استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی کمک می‌کند. انجام‌دادن تمرینات مواجهه و ایفای نقش، باعث ایجاد فرصت به‌منظور آشنایی با مشکلات عملکردی فرد و یافتن شیوه‌های جایگزینی برای رفتارها و سبک‌های دفاعی مختل می‌شود.

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

۲ روش بررسی

مطالعهٔ حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با توجه به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی و اصول بیانیهٔ هلسینکی مجاز بودند در صورت بروز هرگونه ناراحتی و افزایش درد ناشی از روان‌درمانی، از پژوهش انصراف دهند. قبل از انجام پژوهش و به‌منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامهٔ 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 وضعیتی مشابه با استفاده از پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی، پیش‌آزمون گرفته شد. گروه مداخله با روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای، بررسی شدند.

جامعهٔ آماری پژوهش شامل همهٔ افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا در شهرستان دزفول بود که توسط روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته از جمله SID[1]، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. نمونهٔ پژوهش، چهل نفر از جامعهٔ 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 محدودهٔ سنی بیست تا هفتادسالگی بود که حداقل یک سال سابقهٔ بستری 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 روان‌پزشک مرکز، مبتلا به اختلال دیگری غیر از افسردگی شده بودند که از نمونه حذف شدند.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی[2] بود. این پرسش‌نامه را اندروز و همکاران (۱۹) بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها تدوین کردند که شامل چهل سؤال در مقیاس نُه‌درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و بیست مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده‌وار و رشدنایافته ارزیابی می‌کند. سبک رشدیافته عبارت است از: مکانیسم‌های فرونشانی، والایش، شوخ‌طبعی و پیشاپیش‌نگری. سبک روان‌آزرده‌وار شامل دیگردوستی کاذب، تشکل واکنشی، عقلانی‌سازی و ابطال است و سبک رشدنایافته بدین قرار است: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کارتوانی، ناارزنده‌سازی، گذار به عمل، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، لایه‌سازی، پرخاشگری منفعلانه، جابه‌جایی و مجزاسازی. حیدری‌نسب پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی در ایران را بررسی و هنجاریابی کرد (۲۰). اعتبار پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبهٔ آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب اعتبار و آلفا در گروه‌های مطالعه به تفکیک در دانش‌آموزان 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 دانش‌آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می‌شود. در سبک‌های دفاعی، بیشترین آلفا مربوط به سبک رشدنایافته (۰/۷۲۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده‌وار (۰/۵۰) می‌شود. بر این اساس، بیشترین آلفای کرونباخ محاسبه‌شده بین دو نیمهٔ آزمون مربوط به مردان دانشجو و کمترین به سبک روان‌آزرده‌وار مربوط می‌شود و این موضوع نشان می‌دهد که هم‌بستگی‌های مربوط به دوبار اجرای پرسش‌نامه در گروه‌های مطالعه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و بر اساس این یافته‌ها مشخص شد پرسش‌نامهٔ مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های مطالعه اعتبار مناسبی دارد (۲۰). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در این پژوهش، ۰/۸۹ است.

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

[1]. Structured Interview for DSM5

[2]. Defense Mechanisms Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه بود. برنامهٔ درمان در هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه بوده (پس از ۴۵ دقیقه، ۵ دقیقه استراحت و سپس ۴۰ دقیقه مداخله) که با انجام تمرین‌های مرتبط با مداخلهٔ مدنظر، تمرین‌ها و تکالیف هر جلسه بحث و بررسی می‌گردد (۲۱). محتوای جلسات به شرح ذیل است:

جدول ۱. محتوای جلسات

جلسه	موضوع
اول	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط‌مشی کلی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دونفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به‌عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، دادن پس‌خوراند و بحث دربارهٔ تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث دربارهٔ وارسی بدنی، تمرین مراقبهٔ وارسی بدنی برای شش هفت روز، توزیع نوارها و جزوات جلسهٔ اول، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی.
دوم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبهٔ نشسته ده پانزده دقیقه، توزیع جزوات جلسهٔ دوم، ارائهٔ تکالیف خانگی، مراقبهٔ وارسی بدنی شش بار در هفت روز، تنفس با حضورذهن ده پانزده دقیقه‌ای، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، حضورذهن‌داشتن از فعالیت‌های عادی، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی، پایان‌دادن به کلاس با قرارگرفتن در فضای تنفس.
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تهیهٔ فهرستی از وقایع ناخوشایند، آمادگی شخصی و برنامه‌ریزی، ارائهٔ تکالیف خانگی.
چهارم	تمرین پنج‌دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، چهل دقیقه مراقبه‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تمرین مراقبهٔ نشسته، تعیین‌تکلیف خانگی، آمادگی فردی و برنامه‌ریزی (برای ماندن در زمان حال).
پنجم	چهل دقیقه مراقبهٔ نشسته‌آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار. توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که به افکار، احساسات یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم، با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم. بیان دشواری‌هایی که در طی انجام‌دادن تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین‌تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
ششم	مراقبهٔ نشسته، بازنگری تکلیف خانگی، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، تعیین‌تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
هفتم	مراقبهٔ نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به حس ازعهده‌برآیی منجر می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیهٔ یک برنامهٔ مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با عود (بازگشت)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با حضور ذهن، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان عود، گسترش برنامهٔ فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهندهٔ اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه، نظرسنجی از شرکت‌کنندگان دربارهٔ برنامه، بحث دربارهٔ اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی ادامه یابد که در هفت هفتهٔ گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده، وارسی و بحث دربارهٔ برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامهٔ تمرین، پایان‌دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ استفاده شد. همچنین در بخش استنباطی، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲، مقادیر میانگین و انحراف معیار و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در دو گروه مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

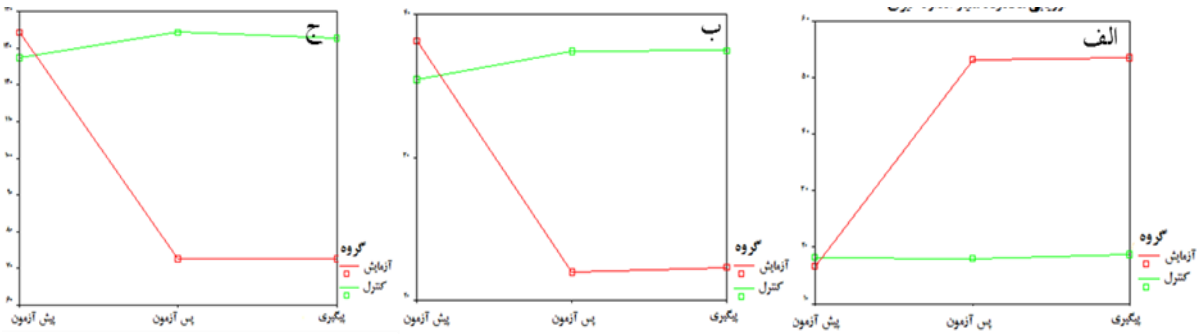
جدول۲ . شاخص‌های آماری و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
سبک دفاعی رشدیافته	آزمایش	۱۶/۶۰	۲/۳۴	۵۳/۱۵	۱۰/۱۷	۵۳/۵۰	۱۰/۲۵	۱۹۷/۸۴۸	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۸/۱۵	۳/۹۲	۱۸/۱۰	۳/۹۹	۱۸/۵۶	۳/۴۳		
سبک دفاعی روان آزرده‌وار	آزمایش	۳۸/۱۵	۵/۱۶	۲۲/۰۰	۹/۰۰	۲۲/۳۵	۸/۲۶	۳۷/۶۸۴	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳۵/۴۰	۵/۷۷	۳۷/۴۰	۷/۲۲	۳۷/۵۰	۷/۲۴		
سبک دفاعی رشدنایافته	آزمایش	۱۳۴/۲۰	۲۵/۴۳	۷۲/۹۰	۱۲/۶۲	۷۲/۹۰	۱۲/۶۲	۵۷/۰۱۳	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲۷/۵۵	۱۹/۸۶	۱۳۴/۲۰	۲۵/۴۳	۱۳۲/۷۰	۲۲/۹۱		

همان طور که در این جدول مشاهده می‌شود، مقادیر میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده‌وار آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته و میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدیافتهٔ گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است؛ درصورتی‌که در هر سه متغیر در گروه کنترل تغییر چشمگیری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون نداشته است.

برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری موجب کاهش میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته ($p<۰/۰۰۱$) و روان‌آزرده‌وار ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش میزان استفاده از مکانیسم‌های رشدیافته ($p<۰/۰۰۱$) در بیماران افسرده در طول زمان می‌شود.

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 آزرده‌وار (ب) و سبک دفاعی رشد نایافته (ج)

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده در بیماران افسرده شده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات قاسمی مطلق و همکاران (۲۲) همسوست. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و همچنین کاهش میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده و افزایش مکانیسم‌های رشدیافته تأثیر دارد. پی‌یت و هوگارد (۲۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته شده است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار کرد دلیل عمدهٔ تشکیل و تشدید خلق افسرده، استفادهٔ بیش‌ازحد از سازوکارهای دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده است. به‌طورکلی در زمینهٔ کاربرد زیاد مکانیسم‌های دفاعی توسط بیماران، می‌توان چنین تبیین کرد که تثبیت در مراحل پیش‌جنسی، برای نمونه شخصیت دهانی که مستعد افسردگی است، موجبات بهره‌گیری زیاد از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده را فراهم می‌آورد. دفاع‌هایی مانند پرخاشگری منفعلانه که سبک رشدنایافته را تشکیل می‌دهد، بیماران را در کنارآمدن بهینه با واقعیت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

ناتوان می‌سازد. افرادی که به این دفاع‌ها متوسل می‌شوند، معمولاً رشدنایافته و غیرقابل‌دسترس می‌نمایند که این توضیحات مؤید کاربرد بیشتر این سبک دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی است (۱۰).

در واقع افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده، هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخهٔ مخرب ممکن است باعث بروز و تشدید اختلالات روانی از جمله افسردگی شود. برای کاهش استفاده از مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده لازم است افراد از قضاوت 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، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است که با ارائهٔ تکنیک‌های آرام‌بخش و به‌دور از قضاوت، به کاهش استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی کمک می‌کند. انجام‌دادن تمرینات مواجهه و ایفای نقش، باعث ایجاد فرصت برای آشنایی با مشکلات عملکردی فرد و یافتن شیوه‌های جایگزینی برای رفتارها و سبک‌های دفاعی مختل می‌شود (۲۴).

در اصل فرض بر این است که یکی از دلایل اصلی آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای استفادهٔ نابه‌جای مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده است که به‌نوبهٔ خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۲۳).

نتایج به‌دست‌آمده از توان پیش‌بینی سلامت روانی از طریق سبک‌های دفاعی در بیماران، نشان می‌دهد باورهای افراد دربارهٔ 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 تأثیرگذار است. این یافته‌ها نشان‌دهندهٔ آن است که در هنگام رویارویی با وقایع آزاردهنده و استرس‌زا، افرادی که از خودادراکی مثبت‌تری برخوردارند و سطوح عمیق‌تری از باورهای کنترل و خودکفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی هیجانی کمتری را تجربه کرده و به‌دنبال آن عملکرد آنان در تکالیف شناختی، کمتر دچار تخریب و رکود می‌شود (۲۵).

با توجه به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از این روش درمانی دربارهٔ 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به‌شیوه‌ای خالی از قضاوت، موجب تفکر منطقی‌تر شده و با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظهٔ حاضر (مثلاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد که به‌نوبهٔ خود باعث کاهش به‌کارگیری مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده و به‌تبع، افزایش استفاده از مکانیسم‌های رشدیافته 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]

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, Apter 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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
25. Blackman JS. 101 defenses. First edition. United Kingdom: Routledge; 2004.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.64.9]