

The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy on the mind-wandering, shyness and social anxiety in people with social anxiety disorder

Sadegh Hekmatiyani Fard*

Soran Rajabi**

Faride Sadathoseini***

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing treatment on mind-wandering, shyness and anxiety in students with social anxiety. The research method was quasi-experimental with pretest and posttest with control group. Thirty students with social anxiety disorder selected voluntarily and were randomly assigned to two experimental (n = 15) and control group (n = 15). Before and after treatment, the questionnaires of mind-wandering, shyness, and social anxiety were administered on control and experimental groups. The results showed that desensitization training with eye movement and reprocessing reduced mind-wandering, shyness and social anxiety in the experimental group compared to the control group. As a result, it can be stated that desensitization treatment with eye movement and reprocessing is effective in improving mind wandering and shyness and social anxiety symptoms in students with social anxiety disorder.

Keywords: Eye movement desensitization and reprocessing, mind-wandering, shyness, social phobia

* M.A. of Public Psychology, Persian Gulf University Bushehr, Bushehr, Iran

** **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Persian Gulf University Bushehr, Bushehr, Iran (sooranrajabi@pgu.ac.ir)

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Persian Gulf University Bushehr, Bushehr, Iran

اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب در افراد با اختلال اضطراب اجتماعی

صادق حکمتیان‌فرد*

سوران رجیبی**

فریده‌سادات حسینی***

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب در دانش‌جویان دارای اضطراب اجتماعی انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ دانش‌جوی با اضطراب اجتماعی از میان دانش‌جویان دانشگاه خلیج فارس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) اختصاص داده شدند. قبل و بعد از اجرای درمان، پرسش‌نامه‌های سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب اجتماعی بر روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردیدند. نتایج نشان داد که آموزش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد باعث کاهش سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب اجتماعی دانش‌جویان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در بهبود سرگردانی ذهنی و کم‌رویی و علائم اضطراب اجتماعی دانش‌جویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد، آشفتگی ذهنی، کم‌رویی، فوبی اجتماعی

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران

** دانشیار دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)

sooranrajabi@pgu.ac.ir

*** استادیار دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران

مقدمه

اضطراب اجتماعی^۱ یکی از اختلالات طبقه اضطرابی است که در راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم اصطلاح فوبی اجتماعی به اضطراب اجتماعی تغییر یافته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، ترجمه نیلوفری، فخرایی، شاملو، رضاعی، هاشمی‌آذر و فرمند، ۱۳۹۵). بر اساس تعریف جدید اضطراب اجتماعی، این اختلال چیزی فراتر از کم‌رویی است و یک حالت ناتوان‌کننده است که مشخصه‌ی اصلی آن ترس از ارزیابی منفی دیگران است (هالرا، کادوش، سریف و لو^۲، ۲۰۱۵). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ (۲۰۱۳)، اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس آشکار و مستمر از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا، یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می‌گیرد، فرد از این واژه دارد کاری انجام دهد که موجب تحقیر یا شرمندگی او شود، قرار گرفتن در معرض موقعیت‌های اجتماعی ترس‌آور در آن‌ها تقریباً همیشه به اضطراب منجر می‌شود، اجتناب، اضطراب انتظاری، یا پریشانی در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی به‌طور قابل توجهی با فعالیت عادی، کارکرد شغلی، تحصیلی یا فعالیت‌ها و روابط اجتماعی فرد تداخل می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه نیلوفری و همکاران، ۱۳۹۵).

بیش از نیمی از مبتلایان به اضطراب اجتماعی از ایفای عملکرد خویش ناتوانی متوسط یا جدی دارند، ۱۲ درصد از این افراد در کار خود دچار افت عملکرد می‌شوند، ۱۱ درصد هرگز استخدام نمی‌شوند و ۸ درصد نیز اقدام به ترک شغل خود می‌کنند (مردانی حموله، ابراهیمی و مستغانی، ۱۳۹۵). اختلال‌های اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوران نوجوانی و جوانی است و اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین آن‌ها محسوب می‌شود (کروزیور و آلدن^۴، ۲۰۰۵). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۹۴) نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را حدود ۷ درصد در مردم آمریکا گزارش می‌کند که این نرخ در کودکان و نوجوانان نیز تقریباً شبیه به بزرگسالان است. متوسط سن

1. social anxiety

2. Haller, Kadosh, Scerif, & Lau

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4. Crozier & Alden

شروع این اختلال در ایالات متحده ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۷ تا ۱۵ سال دارند. این اختلال در بین زنان نسبت به مردان شایع‌تر است اما تقریباً تعداد مردان و زنان خواهان درمان برابر است. در ایران، آمار دقیقی برای شیوع این اختلال در دست نیست. با این حال برخی از مطالعات به بیان برخی از آمارها در این خصوص پرداخته‌اند. برای مثال مؤمنی، ضیغمی، مرادی، طهرپور و ساریچلو (۱۳۹۴) شیوع این اختلال را در بین دانشجویان قزوین ۲۸/۶ درصد گزارش کرده است. شیوع کلی اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت بین ۳ تا ۱۳ درصد برآورد شده است درحالی‌که این رقم در میان کودکان و نوجوانان به بالاتر از این میزان می‌رسد (محمدی، خانزاده، محمدی و مشکورپور^۱، ۲۰۰۶).

یکی از خصوصیات رفتاری و از پدیده‌های مطرح در علوم شناختی که شاید کمتر در معرض دید باشد دارا بودن نظم فکری یا بی‌نظمی فکری و سرگردانی ذهنی^۲ است (مکوی و کان^۳، ۲۰۱۰) که می‌تواند به‌عنوان یک نوع ویژگی خاص، زندگی آدم‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (کام، اکسو و هاندی^۴، ۲۰۱۴). سرگردانی ذهنی به‌تغییر توجه از بازنمایی‌های محرکی و ذهنی مرتبط با تکلیف پیشرو به سوی افکار غیرمرتبط با تکلیف اشاره دارد و همچنین، به‌عنوان محتوای ذهنی نامرتبط با تکلیف و مستقل از محرک تعریف شده است (کان، براون، مکوی، سیلویا، ماین-گرمیز و کواپیل^۵، ۲۰۰۷). با وجود این که پژوهش‌های جدید در زمینه سرگردانی ذهنی هنوز در مراحل ابتدایی خودشان قرار دارند، این پدیده خیلی پیش‌تر نیز تحت عناوین دیگری مورد شناسایی قرار گرفته بود (جیمز، ۱۹۸۰، به نقل از داربور^۶، ۲۰۱۰). در کتاب اصول روان‌شناسی جیمز (۱۹۱۸)، به نقل از داربور، ۲۰۱۰) به بحث جریان هشیاری پرداخته و آن را کلیت و جریانی در نظر گرفته که با پنج عامل مشخص می‌شود: هر فکر یا احساس، بخشی از هشیاری شخصی است، هدفی دارد، انتخابی است و همیشه تغییر می‌کند، اما همچنین، مستمر و یکپارچه باقی می‌ماند. انتروبوس، سینگر و گرینبرگ (۱۹۶۶)، به نقل از داربور، ۲۰۱۰)، همواره، از این اندیشه به‌عنوان مدلی برای توصیف

1. Mohammadi, Ghanizadeh, Mohammadi, & Mesgarpour
2. mental wandering
3. McVay & Kane
4. Kam, Xu, & Handy
5. Brown, Silvia, Myin-Germeys, & Kwapil
6. Darbor

ارتباط ایجاد رویدادهای شناختی خود به خودی (مثل رؤیایپردازی^۱) و پاسخ به یک محرک بیرونی استفاده کردند. در مجموع به نظر می‌رسد سرگردانی ذهنی با منافع و هزینه‌های بسیاری همراه است که به محتوای آن افکار بستگی دارند (اسمالوود و اندرو-هانا^۲، ۲۰۱۳).

دانش‌جویان به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض تنیدگی و سرگردانی‌های ذهنی فراوان هستند. تنیدگی‌های گوناگون به تأثیر منفی که بر مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می‌کنند باعث کاهش مقاومت فرد می‌گردند و در درازمدت تأثیرات ناخوشایندی بر بهداشت جسمانی و روانی دانش‌جو می‌گذارد، مشخص شده است که تنیدگی و سرگردانی ذهنی می‌تواند باعث اختلال در عملکرد و سازگاری، بیماری‌های جسمانی و روانی و پایین آمدن کیفیت زندگی و خود کارآمدی شود (شولر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). برای نمونه، یک مطالعه در زندگی روزانه نمونه‌ای دانش‌جو نشان داده که عوامل بیرونی حواس‌پرتی، ۱۰ درصد، ارزیابی دوباره مرتبط با تکلیف، ۱۰ درصد و افکار مرتبط با تکلیف، ۶۰ درصد از ذهنیت دانش‌جویان را تشکیل می‌دادند، سرگردانی ذهنی چیزی حدود ۲۰ درصد از افکار آنان را به خود اختصاص می‌داد. این یافته‌ها با سایر مطالعاتی که دریافته‌اند حدود یک سوم از افکار روزانه به افکار غیرمرتبط با تکلیف اختصاص دارند (کان و همکاران، ۲۰۰۷) هماهنگ هستند. مطالعه دیگری نیز اشاره می‌کند، حدود یک دوم یا ۵۰ درصد از افکار روزمره، غیرمرتبط با تکلیف هستند (کیلینگ‌ورث و گیلبرت^۴، ۲۰۱۰). به این دلیل، همواره از سرگردانی ذهنی به‌عنوان شکست در کنترل شناختی توصیف شده است (مک‌وی و کان، ۲۰۱۰). اضطراب و استرس بالاترین سهم را در آشفتگی و در افزایش علائم آشفتگی در میان دانش‌جویان دارند (سینگ، پاندی، سینگ، گپتا، پراساد و نگی^۵، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای لاند، رایدر، وایتینگ و پرچارد^۶ (۲۰۱۰) نشان دادند که ۲۴ درصد واریانس سرگردانی ذهنی توسط استرس و اضطراب پیش‌بینی می‌شود.

از دیگر مسائل مرتبط با اضطراب اجتماعی و بین‌فردی که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار

-
1. daydreaming
 2. Smallwood & Andrews-Hanna
 3. Schooler
 4. Killingsworth & Gilbert
 5. Singh, Pandey, Singh, Gupta, Prasad, & Negi
 6. Lund, Reider, Whiting, & Prichard

گرفته است، پدیده کم‌رویی^۱ است که معمولاً در هر جامعه‌ای درصد قابل توجهی از افراد با این اختلال رفتاری و عامل بازدارنده رشد و شخصیت اجتماعی مواجه هستند. در بسیاری از مواقع کم‌رویی اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها و خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌ها است. در دنیایی پیچیده امروز، یعنی در عصر ارتباطات سریع و پیوندهای اجتماعی، بدون تردید پدیده کم‌رویی یک معلولیت اجتماعی است، کم‌رویی را نمی‌توان عارضه ساده روانی تلقی کرد، زیرا از مجموعه‌ای از اختلالات و نابهنجاری‌ها تشکیل می‌شود که گاهی ریشه و منشأ آن به روابط نادرست بین شخص و سازش نیافتگی‌های اجتماعی در مراحل اولیه رشد در خانه و مدرسه برمی‌گردد، بیشتر اوقات کم‌رویی هنگامی در کودک شکل می‌گیرد که او در زندگی خانوادگی تکیه‌گاه مطمئنی نمی‌یابد، تا با اطمینان و اعتماد، شخصیت خویش را با ثبات بخشد و همین کمبود باعث می‌شود که کودک از تجربه کردن وقایع تازه و سخنرانی در عموم بر حذر باشد. احساس کم‌رویی می‌تواند باعث انزوای فرد شده (رابین و کولپن^۲، ۲۰۱۰) و ترکیب احساس تنهایی و کم‌رویی چنانچه به موقع درمان نشود و به‌طور طولانی مدت در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، منجر به بسیاری از اختلالات روانی می‌شود و این حالت منجر به سرگردانی ذهنی، خستگی، دل‌مردگی و گریز از جمع می‌شود (استوکلی^۳، ۲۰۰۹).

از درمان‌های کاهش اضطراب، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد^۴ است. این شیوه، درمانی پیچیده‌ای است و از عناصر متعددی تشکیل شده است (سولومون و شاپیرو^۵، ۲۰۰۸). فرایندهای شناسایی شده در حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد مشتمل بر ذهن آگاهی، آگاهی جسمانی، تداعی آزاد، بازسازی شناختی و شرطی‌سازی است. این فرایندها با تأثیرات مثبت به دست آمده ناشی از این روش تعامل دارند (گانتز و بودنر^۶، ۲۰۰۸). در توضیح و توصیف‌ساز و کارهای عصب‌شناختی دخیل در این روش شاپیرو معتقد است هر اختلال روانی به دنبال آسیب روانی بزرگ و یا آسیب کوچک ایجاد می‌شود. وقتی حادثه‌ای رخ

-
1. shyness
 2. Rubin & Coplan
 3. Stoeckli
 4. eye movement desensitization and reprocessing
 5. Solomon & Shapiro
 6. Gunter & Bodner

می‌دهد، با تصاویر، صداها، افکار و احساس‌های اولیه زمان اتفاق، در دستگاه عصبی قفل می‌شود و حادثه آسیب‌زا پردازش نشده باقی می‌ماند (شاپیرو^۱، ۲۰۱۸).

ساز و کارهای پردازش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به لحاظ فیزیولوژیک به صورتی شکل گرفته که بتواند اطلاعاتی را که به خوبی پردازش نشده، به یک سطح انطباقی برساند. فرضیه‌های مطرح‌شده در مورد ساز و کارهای زیربنایی آن از یافته‌های تجربی در حوزه دستگاه لیمبیک، ضربه روانی و خواب در مرحله‌ی حرکات سریع چشم است (برگمن^۲، ۲۰۰۸). تکنیک درمانی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد برای تعدیل افکار منفی و جایگزینی افکار مثبت و تعدیل تغییرات جسمانی از طریق حساسیت‌زدایی یعنی درمان چند جنبه‌ای مؤثر گزارش شده است. این درمان غرقه سازی تجسمی، بازسازی شناختی و استفاده سریع و موزون از حرکت چشم و تحریک دو سویه را شامل می‌شود (شاپیرو، ۲۰۱۸). حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد یک رویکرد روان‌درمانی جامعی است که با نظریه‌های معاصر در زمینه کاهش اضطراب از جمله کاتز، رسنیک و دکل^۳ (۲۰۰۸) همخوانی دارد و هم‌چنین کاربردپذیری آن یک بحث بالینی گسترده است. این رویکرد درمانی، مبتنی بر پردازش مستقیم حافظه‌ی ذخیره‌شده در فیزیولوژی اعصاب از رویدادهایی است که پایه‌های آسیب روانی دارد. در این رویکرد، درمان‌گر در مورد کل تصاویر بالینی شامل تجارب گذشته که به مشکلات رایج مربوط می‌شود، بحث می‌کند. پاسخ‌های ناسازگارانه که محرک رویدادهای فعلی است در جهت پاسخ‌های مثبت نسبت به آینده ترغیب می‌شود. کاربرد بالینی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد دارای ساختار هشت مرحله‌ای از همگرایی درمان‌های روان‌پویایی، شناختی- رفتاری و تمرینات بدنی است (شاپیرو و لالیوتیس^۴، ۲۰۱۱).

اسپرنگ^۵ (۲۰۰۱) نشان داد که حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و بازپردازش و پس‌خوراند زیستی هردو در کاهش اضطراب اثربخش هستند ولی اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم

-
1. Shapiro
 2. Bergmann
 3. Kutz, Resnik, & Dekel
 4. Laliotis
 5. Sprang

و بازپردازش بالاتر بوده است. عربی، مانکا و سالمون^۱ (۲۰۱۱) مطالعه‌ای با عنوان کارایی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در درمان نشانه‌های اضطراب و افسردگی در ۴۰ نفر از بازماندگان مبتلا به پیوند قلب و جراحی قلب انجام دادند، نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین میزان اضطراب بعد از درمان در مقایسه با قبل از درمان کاهش معنی‌داری داشته است و اثر روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بعد از شش ماه با دوام بوده است. فریما، دولت‌آبادی و بهزادی^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی موردی بر روی سه زن مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نشان دادند که درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد تأثیر معنی‌داری بر کاهش نگرانی و اجتناب شناختی و افزایش تحمل ابهام شرکت‌کنندگان داشته است و این اثربخشی در پیگیری یک ماهه تداوم داشته است. فراتحلیل باندلو، ریت، راور، میکالیس، گورلیچ و ویدکیند^۳ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در درمان اختلالات اضطرابی اثربخش است. تریسکاری، فاراسی، کاتالیسانو، دی‌آنجلو، و اورسو^۴ (۲۰۱۵) نشان دادند که درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری و درمان مجازی^۵ در درمان فوبی پرواز در ارزیابی پرسش‌نامه‌ای و رفتاری اثربخش است و این اثربخشی پس از یک سال تداوم داشته است. در ایران تحقیقات بسیار کمی درباره اثر بخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد انجام شده است، اما نتایج تحقیقاتی که در مورد اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی حرکت چشم و بازپردازش بر فوبی خاص و اختلالات اضطرابی به‌دست آمده بیانگر اثربخشی آن بوده است (دی‌جان و بروکه^۶، ۲۰۰۹).

با توجه به اهمیت و نقش اضطراب اجتماعی و سرگردانی ذهنی در امور آموزشی دانش‌جویان مانند افت تحصیلی و گاهی ترک تحصیل و حجم پایین تحقیقات در زمینه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب اجتماعی، مسأله‌ی اصلی پژوهش

-
1. Arabia, Manca, & Solomon
 2. Farima, Dowlatabadi, & Behzadi
 3. Bandelow, Reitt, Röver, Michaelis, Görlich, & Wedekind
 4. Triscari, Faraci, Catalisano, D'Angelo, & Urso
 5. virtual stimuli
 6. De Jongh & Broeke

این بود که آیا درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب اجتماعی دانش‌جویان اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در آغاز ۵۰۰ دانش‌جو به روش تصادفی از دانش‌جویان دانشگاه خلیج فارس انتخاب و از میان آن‌ها ۶۰ دانش‌جو که نمرات بالاتر از نمره برش ۵۰ در مقیاس اضطراب اجتماعی (کانور، دیویدسون، چورچیل، شروید، ویسلر و فوا^۱) (۲۰۰۰) کسب کردند، مورد مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 قرار گرفتند که ۳۰ نفر واجد ملاک‌های ورود به پژوهش از جمله داشتن اختلال اضطراب اجتماعی، تمایل برای شرکت در پژوهش و سن ۱۸ تا ۶۰ سال به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه سرگردانی ذهنی (MWQ)^۲: این پرسش‌نامه توسط مراکز، فیلیس، فرانکلین، برادوی و اسکولر^۳ (۲۰۱۳) تهیه شده و پنج ماده (برای مثال، من فعالیت‌هایم را بدون بذل توجه کامل انجام می‌دهم) دارد که ماده‌ها در یک طیف لیکرت شش رتبه‌ای (هرگز تا همیشه) مرتب شده‌اند. مراکز و همکاران (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ و درصد واریانس ماده‌ها را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی ۶۳/۱۶ درصد گزارش نمودند.

مقیاس بازیابی شده کم‌رویی چیک-بریگز^۴ (RSS): مقیاس کم‌رویی توسط چیک-بریگز در سال ۱۹۹۰ ساخته شده (کروزیر، ۲۰۰۵). و از چهارده ماده و سه خرده‌مقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس (۴ ماده)، پریشانی و دوری‌گزینی اجتماعی (۷ ماده) و گستره کم‌رویی در ارتباط با افراد ناآشنا (۳ ماده) دارد که ماده‌های آن در یک طیف لیکرت پنج نمره‌ای مرتب

1. Connor, Davidson, Churchill, Sherweed, Weisler, & Foa
2. Mind.Wandering Questionnaire (MWQ)
3. Mrazek, Phillips, Franklin, Broadway, & Schooler
4. Revised Cheek Briggs Shyness Scale

شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، توسط میلچر^۱ و چیک (۱۹۹۰) و چیک و کراسنوپراوا^۲ (۱۹۹۹) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ گزارش شده است (به نقل از کروزی، ۲۰۰۵). هوپکو، استوول، جانس، آرمتو و چیک^۳ (۲۰۰۵) دریافتند که بین عامل‌های سه‌گانه مقیاس کم‌رویی چیک و باس روایی افتراقی دیده می‌شود. رجبی و عباسی (۱۳۸۹)، دامنه‌ی ضرایب هم‌بستگی هر یک از ماده‌های مقیاس کم‌رویی با نمره‌ی کل مقیاس، به‌جز برای ماده‌ی ۱۲، از ۰/۱۰ تا ۰/۶۰ متغیر و معنی‌دار گزارش داده‌اند.

مقیاس اضطراب اجتماعی^۴: این مقیاس توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) بر اساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت ساخته شده است. تلویحات بالینی این مقیاس بیانگر آن است که در سه حیطه‌ی علائم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند. ضریب پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب پایایی آلفای کرونباخ در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. این آزمون توانسته است بین دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های بهنجار تمیز قائل شود. نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (کانور و همکاران، ۲۰۰۰).

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه تحقیق بر اساس ملاک‌های DSM-5 برای اضطراب اجتماعی، ابزارهای مورد اندازه‌گیری قبل و بعد از درمان بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شدند. درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اساس پروتکل استاندارد هشت مرحله‌ای شاپیرو (۲۰۱۸) در پنج جلسه و هر جلسه نود دقیقه به‌صورت انفرادی در مرکز مشاوره دانشگاه خلیج فارس اجرا گردید. (جدول ۱).

1. Melchior
2. Krasnoperova
3. Hopko, Stowell, Jones, Armento, & Cheek
4. Social Anxiety Scale

جدول ۱

صورت جلسه‌های درمانی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد (شاپیرو، ۲۰۱۸)

مرحله	تکنیک
مرحله‌ی اول: تاریخچه	کسب اطلاعات لازم از درمان‌جو و برنامه‌ریزی برای فرآیند درمان، درمان‌جویانی که تاب‌آوری‌شان در برابر ناراحتی‌های شدید کم است و آن‌هایی که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نیستند افراد مناسبی برای این نوع درمان نیستند.
مرحله‌ی دوم: آمادگی	آموزش‌های لازم در مورد روش درمان و آرمیدگی به مراجع داده می‌شود و استعاره‌های لازم به درمان‌جو داده می‌شود به‌طور مثال تجسم دیدن صحنه‌های آسیب‌زا از طریق تماشای تلوزیون و یا تماشای صحنه‌های آسیب‌زا از پنجره قطار درحالی‌که مددجو در قطار نشسته و صحنه‌ها را در بیرون از قطار می‌نگرد.
مرحله‌ی سوم: ارزیابی	به انتخاب خاطره دردناکی که درمان‌جو تمایل به تغییر آن دارد پرداخته می‌شود. سپس یک شناخت منفی مربوط به خاطره آسیب‌زا انتخاب می‌شود. این شناخت ناسالم است و به تجربه آسیب‌زا مربوط می‌شود. مثلاً من تنها و بی‌کس هستم یا من گناه‌کارم. سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود که شناخت مثبت و سازگارانه‌ای را که با آسیب مرتبط است نام برد. این شناخت در مراحل بعدی جایگزین شناخت ناسالم شود. شناخت مثبت یک مقیاس هفت امتیازی است که در آن عدد یک به معنای کاملاً غلط و عدد هفت نشانه کاملاً درست می‌باشد. این مقیاس اعتبار شناخت‌واره است. وقتی درمان‌جو خاطره و شناخت منفی را در ذهن دارد، لازم است مقیاس دیگری را که مقیاس برآشفستگی ذهنی نامیده می‌شود و از صفر تا ده طبقه‌بندی شده علامت‌گذاری کند که در آن، صفر نشانی عدم پریشانی و اضطراب و ده نشانه بالاترین مقدار اضطراب است.
مرحله‌ی چهارم:	مرحله حساسیت‌زدایی که دشوارترین و طولانی‌ترین مرحله می‌باشد و طی آن مراجع به حساسیت‌زدایی تصویر دیداری مناظر رنج‌آور، باورهای منفی و هیجانات و احساسات بدنی خود متمرکز می‌شود و هم‌زمان تحریک دوجانبه مغز به وسیله حرکات چشم درمان‌جو در تعقیب حرکت درمان‌گر رخ می‌دهد. معمولاً درمان‌گر دو انگشت خود را بالا نگه می‌دارد و کف دستش به سمت درمان‌جو است و حدود ۳۰ تا ۴۰ سانتی‌متر از درمان‌جو فاصله دارد. معمولاً پانزده تا سی حرکت دوجانبه انجام می‌شود. سپس درمان‌جو ضمن بستن چشمانش نفس عمیق می‌کشد. در این موقعیت از سوی درمان‌گر سؤالاتی نظیر احساسات را بگو، چه تجربه‌ای دارد؟ و ... مطرح می‌شود. پاسخ‌ها، احساسات عاطفی و بدنی را مشخص می‌کند سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود ضمن یادآوری خاطره دردناک در معرض مجموعه جدیدی قرار گیرد. در اینجا حرکات چشم تنها وسیله‌ای برای فعال کردن نظام پردازش اطلاعات است. ضربه‌های ملایم دست و تکرار نشانه‌های شنیداری محرک‌های دیگری هستند که به‌طور وسیعی به کار می‌روند.

ادامه جدول ۱

صورت جلسه‌های درمانی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد (شاپیرو، ۲۰۱۸)

مرحله	تکنیک
مرحله‌ی پنجم: درمان کدگذاری نام دارد و هدف آن کار گذاشتن و افزایش نیرومندی شناخت مثبت کارگذاری است. آنگاه که SUD ارزیابی شود و به عدد ۱ یا ۲ برسد، درمان‌جو تسکین قابل قبولی یافته است و هرگاه در مقیاس VOC به عدد ۶ یا ۷ برسد تقریباً درمان به انجام رسیده است.	
مرحله‌ی ششم: واریسی بدنی است و در آن، درمان‌جو به کاوش در همه اندام‌های بدن از سر تا نوک پا پویش بدن می‌پردازد و تنش و ناراحتی‌های جسمی را شناسایی کرده و با قرار در موقعیت در بافت مجموعه‌های جدید کمک می‌شود.	
مرحله‌ی هفتم: خاتمه یا بستن است. در این مرحله درمان‌جو به وضعیت آرمیدگی برگردانده می‌شود و بستن در این مرحله افکار و هیجانات و ویژگی‌های جسمانی به‌طور هم‌زمان بررسی می‌شود.	
مرحله‌ی هشتم: مرحله‌ی ارزیابی مجدد است. بررسی این که هدف درمان تأمین شده است یا نه و بر ارزیابی مجدد اساس آن برنامه‌ریزی برای جلسات بعد انجام می‌شود.	

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش به روش آماری تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۳ نفر (۷۶/۷ درصد) دانش‌جوی پسر و ۷ نفر (۲۳/۳ درصد) دانش‌جوی دختر؛ میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۲۰/۴۷ (۲/۵۵) و میانگین معدل تحصیلی ۱۵/۱۷ (۲/۱۱) بودند.

نتایج پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، یعنی، آزمون‌های لامبدای ویلکز، آم باکس، لون، همگنی شیب رگرسیون، خطی بودن رابطه متغیر کمکی و پس‌آزمون در جدول ۳ ذکر شده‌اند.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های متغیرهای اضطراب اجتماعی، کم‌رویی و سرگردانی ذهنی در گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس	مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		آزمایش	۱۵	۲/۴۲	۹/۲۶	۳/۶۱
	ترس	کنترل	۱۴	۴/۸۵	۱۳/۲۶	۵/۰۶
		کل	۱۴/۵۰	۳/۸۰	۱۱/۲۶	۴/۷۷
		آزمایش	۱۷/۷۳	۲/۸۶	۱۱/۰۶	۳/۴۵
	اجتناب	کنترل	۲۱	۴/۹۱	۱۷/۰۶	۵/۶۲
		کل	۱۹/۳۶	۴/۲۸	۱۴/۰۶	۵/۵۰
	ناراحتی	آزمایش	۱۱/۳۳	۵/۲۴	۵/۴۰	۲/۱۳
	فیزیولوژیک	کنترل	۱۰/۲۰	۴/۲۹	۹/۰۰	۳/۲۹
		کل	۱۰/۷۶	۴/۷۴	۷/۲۰	۳/۲۸
	اضطراب	آزمایش	۴۴/۰۶	۵/۳۶	۲۵/۷۳	۶/۰۱
	اجتماعی	کنترل	۴۵/۲۰	۷/۳۶	۳۹/۳۳	۱۱/۸۴
		کل	۴۴/۶۳	۶/۳۵	۳۲/۵۳	۱۱/۵۳
	کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس	آزمایش	۱۳/۴۶	۲/۴۷	۱۰/۰۰	۱/۹۲
		کنترل	۱۴/۷۳	۳/۶۵	۱۴/۸۰	۲/۹۸
		کل	۱۴/۱۰	۳/۱۳	۱۲/۴۰	۳/۴۷
	پیشانی و دوری‌گزینی	آزمایش	۱۵/۸۶	۲/۶۱	۱۶/۰۰	۲/۶۷
		کنترل	۱۷/۱۳	۳/۶۲	۲۰/۷۳	۴/۳۳
		کل	۱۶/۵۰	۳/۱۷	۱۸/۳۶	۴/۲۷
	گستره کم‌رویی	آزمایش	۸/۹۳	۲/۵۴	۹/۵۳	۲/۵۰
	در ارتباط با افراد نا آشنا	کنترل	۸/۸۶	۳/۰۶	۸/۵۳	۲/۶۶
		کل	۸/۹۰	۲/۷۷	۹/۰۳	۲/۵۹
		آزمایش	۳۸/۲۶	۵/۳۱	۳۵/۵۳	۴۰/۳۰
	کم‌رویی	کنترل	۴۰/۷۳	۵/۳۵	۴۴/۰۶	۴/۳۳
		کل	۳۹/۵۰	۵/۳۸	۳۹/۸۰	۶/۰۷
	سرگردانی ذهنی	آزمایش	۱۸/۵۳	۵/۰۲	۱۵/۰۰	۳/۴۴
		کنترل	۱۷/۳۳	۴/۵۴	۱۸/۱۳	۳/۹۲
		کل	۱۷/۹۳	۴/۷۴	۱۶/۵۶	۳/۹۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون تعدیل‌شده مؤلفه‌های متغیرهای اضطراب اجتماعی، کم‌رویی و سرگردانی ذهنی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته‌اند.

جدول ۳
نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه	ضرب همبستگی	خط رگرسیون	همبستگی پیر	آماره F	آزمون آم باکس	لامبدای ویلکز
اضطراب اجتماعی	ترس	آزمایش	۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۵۶			
		کنترل	۰/۷۴	(P = ۰/۸۴۳)	(P = ۰/۴۵۵)			
اضطراب اجتماعی	اجتناب	آزمایش	۰/۹۳	۰/۳۰	۰/۰۵			
		کنترل	۰/۹۱	(P = ۰/۵۸۲)	(P = ۰/۸۱۳)	۱/۱۵	۱۰/۹۸	
اضطراب اجتماعی	ناراحتی فیزیولوژیک	آزمایش	۰/۹۰	۱/۷۱	۰/۰۲			
		کنترل	۰/۹۰	(P = ۰/۰۰۱)	(P = ۰/۸۷۳)	(P = ۰/۳۲۵)	(p < ۰/۰۰۱)	
اضطراب اجتماعی	اضطراب اجتماعی	آزمایش	۰/۹۶	۱/۶۴	۰/۵۷			
		کنترل	۰/۵۰	(P = ۰/۲۱۲)	(P = ۰/۴۵۵)			
اضطراب اجتماعی	کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس	آزمایش	۰/۳۵	۰/۰۷	۲/۵۷			
		کنترل	۰/۰۹	(P = ۰/۷۹۳)	(P = ۰/۱۲۲)			
اضطراب اجتماعی	پیشانی و دوری گزینی	آزمایش	۰/۸۰	۲/۱۱	۰/۱۲			
		کنترل	۰/۵۵	(P = ۰/۱۶۱)	(P = ۰/۷۲۱)			
اضطراب اجتماعی	گستره کم‌رویی در ارتباط با افراد ناآشنا	آزمایش	۰/۶۶	۰/۲۱	۰/۰۳			
		کنترل	۰/۴۰	(P = ۰/۶۵۰)	(P = ۰/۸۵۱)	(P = ۰/۲۲۰)	(p < ۰/۰۰۱)	
اضطراب اجتماعی	کم‌رویی	آزمایش	۰/۸۰	۰/۵۶	۲/۳۷			
		کنترل	۰/۷۷	(P = ۰/۴۵۰)	(P = ۰/۱۳۳)			
اضطراب اجتماعی	سرگردانی ذهنی	آزمایش	۰/۸۹	۲/۶۶	۰/۱۶			
		کنترل	۰/۹۶	(P = ۰/۱۱۰)	(P = ۰/۶۸۰)			

با توجه به عدم معنی‌داری آزمون‌های اُ باکس و همگنی واریانس لون در جدول ۳، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و شرط برابری واریانس‌های بین گروه‌ها و مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. بررسی نمودارهای پراکنش مقادیر پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش هم نشان دهنده‌ی وجود رابطه‌ی خطی است. هم‌چنین نتایج لامبدای ویلکز به‌عنوان یکی از شاخص‌های این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های کم‌رویی، اضطراب اجتماعی و سرگردانی ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای اضطراب اجتماعی، کم‌رویی و سرگردانی ذهنی در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
۱	ترس	۱۷۶/۵۶	۱۷۶/۵۶	۱۸/۵۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۲	۰/۹۸
۲	اجتناب	۲۵۵/۹۶	۲۵۵/۹۶	۱۲/۵۷	$p < ۰/۰۰۲$	۰/۳۳	۰/۹۲
۳	ناراحتی فیزیولوژیک	۱۲۸/۲۹	۱۲۸/۲۹	۲۲/۵۱	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۷	۰/۹۹
۴	اضطراب اجتماعی	۱۲۱۶/۴۶	۱۲۱۶/۴۶	۱۷/۵۱	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۳۹۳	۰/۹۸
۵	کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس	۱۲۸/۳۲	۱۲۸/۳۲	۲۳/۶۷	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۸	۰/۹۹
۶	پیشانی و دوری‌گزینی	۸۸/۰۴	۸۸/۰۴	۱۵/۱۳	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۳۷	۰/۹۶
۷	گستره‌ی کم‌رویی در ارتباط با افراد ناآشنا	۶/۴۰	۶/۴۰	۱/۶۰۵	$p = ۰/۲۱۷$	۰/۰۶	۰/۲۳
۸	کم‌رویی	۳۴۵/۹۰	۳۴۵/۹۰	۴۴/۸۲	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۶۲	۱
۹	سرگردانی ذهنی	۱۱۳/۴۲	۱۱۳/۴۲	۲۹/۳۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۲	۰/۹۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در متغیرهای اضطراب اجتماعی (مؤلفه‌ها)، کم‌رویی (به جز در مؤلفه‌ی گستره‌ی کم‌رویی در ارتباط با افراد ناآشنا) و سرگردانی ذهنی بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، یعنی، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد باعث کاهش اضطراب اجتماعی، کم‌رویی و سرگردانی ذهنی در گروه آزمایش نسبت به

گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب اجتماعی دانشجویان انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از این بود که به کارگیری درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد موجب بهبود سرگردانی ذهنی، کم‌رویی و اضطراب اجتماعی دانش‌جویان با اضطراب اجتماعی گردید. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فریما و همکاران (۲۰۱۵)، باندلو و همکاران (۲۰۱۵)، عربیا و همکاران (۲۰۱۱)، دی‌جان و بروکه (۲۰۰۹)، کاتز و همکاران (۲۰۰۸) و اسپرنگ (۲۰۰۱) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها که درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش اضطراب اجتماعی و کم‌رویی مؤثر است می‌توان گفت که حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد روشی است که شامل حساسیت‌زدایی و مواجهه‌تصوری است و افراد یاد می‌گیرند با تمرکز بر موقعیت‌های ترسناک و احساسات و افکار مرتبط با آن، افکار ناراحت‌کننده را تصحیح کنند (هبر، کلنر و یهودا^۱، ۲۰۰۲). شاید بتوان بهترین دلیلی که برای تأثیرگذاری حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد استفاده کرد، فرضیه بنیادی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد یعنی مدل پردازش اطلاعات تسریع شده است، در این مدل اطلاعات به‌طور هم‌زمان حساسیت‌زدایی و بازسازی شناختی می‌شوند، وقتی با حرکات دست، حساسیت‌زدایی شروع می‌شود، باعث فعال شدن سازوکار فیزیولوژیک مغز در نتیجه پردازش اطلاعات می‌شود، اگر اطلاعات پردازش نشوند باعث شکل‌گیری الگوی بیمارگونه عواطف، رفتارها، شناخت‌ها، احساس‌ها و ساختارهای مربوطه می‌شوند و این اطلاعات به‌صورت راکد و حل‌نشده در فیزیولوژی اعصاب‌گیر می‌کنند که این امر موجب شکل‌گیری افکار مزاحم، رفتار اجتنابی و ... در فرد می‌شوند، وقتی خاطره آسیب‌زا در دسترس قرار بگیرد، نظام پردازش اطلاعات فعال می‌شود، و هم‌زمان با آن، عواطف، افکار و احساس‌ها را تغییر می‌دهد (شاپیرو و لالیوتیس، ۲۰۱۱). آنچه در اینجا در مورد پردازش اطلاعات ذکر شد، بیشتر مربوط به خاطرات

1. Heber, Kellner, & Yehuda

گذشته است ولی به اعتقاد شاپیرو، اضطراب‌ها تنها اختلالاتی هستند که نیاز به خاطره‌آزاردنده ندارند و می‌شود روی موقعیت‌هایی کارکرد که قرار است فرد در آینده با آن‌ها روبرو شود (شاپیرو، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد که روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد موجب کاهش حساسیت‌ها نسبت به محرک‌ها و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دلسردکننده و رفتارهای نشانگر اضطراب در افراد می‌شود (تریسکاری و همکاران، ۲۰۱۵).

هم‌چنین نتایج بیانگر اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر سرگردانی ذهنی بود. این یافته با نتایج تحقیقات رت‌بام، آستین و مارستلر^۱ (۲۰۰۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در تکنیک حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد تلاش می‌شود که بیماران تصویرهای آسیب‌دیدگی خود را مکرراً در ذهن بیافرینند و با آن‌ها روبرو شوند تا بالاخره از سرگردانی ناشی از آن‌ها خلاص شوند، بازخوانی خاطره آسیب‌زا همراه با اطمینان بخشی درمانگر شرایط مناسبی را برای رویارویی‌های مکرر فراهم می‌آورد، که این شرایط مغایر با شرایط اجتناب است که باعث تحکیم اختلال می‌شود. رویارویی برای یک بیمار احساس تسلط به بار می‌آورد که با آن می‌تواند در ذهن خود محرک درونی آسیب‌زا را شناسایی کرده و در جهت تغییر آن بکوشد، همچنین مرتبط نمودن جنبه‌های اولیه آسیب از طریق تمرکز بر تصویر، شناخت‌واره منفی و احساس‌های بدنی، به شخص کمک می‌کند تا به اطلاعات مختل‌کننده دسترسی پیدا کند (رت‌بام و همکاران، ۲۰۰۵). این اطلاعات متعاقباً در مرحله کارگذاری از طریق شناخت‌واره مثبت با اطلاعات هیجانی تصحیح‌کننده، تلفیق می‌شوند و گره می‌خورند (شاپیرو، ۲۰۱۸).

در مجموع در رابطه با مکانیسم اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، تاکنون چند فرضیه اصلی مطرح شده است: فرضیه اول: درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد چیزی جز یک نوع مواجهه نیست و اثربخشی این درمان از طریق مواجهه فرد با، خاطرات تلخی که از آن‌ها اجتناب می‌کرده صورت می‌پذیرد (دیویدسون و پارکر، ۲۰۰۱). فرضیه دوم: مربوط به جمع‌بندی‌های برگمن (۲۰۰۰) است که با بهره‌گیری از نتایج تجربی اخیر از حیطه‌ی مطالعات در سیستم لیمبیک، عصب زیست‌شناسی آسیب‌های شدید و خواب با حرکات سریع چشم به تبیین چگونگی عملکرد حرکات چشم در حساسیت‌زدایی با

1. Austin & Marteller

حرکت چشم و پردازش مجدد پرداخته است. رویکرد برگمن (۲۰۰۰) می‌کوشد تا این احتمال را مطرح کند که چگونه پردازش اطلاعات در حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به مرور، عملکردهای عالی قشر مخ را توانمند می‌سازد تا به درون داده‌های ساختار لیمبیک غلبه کند و با افزایش انسجام عملکرد کلیه سیستم‌ها به پایین کشیدن عملکرد لیمبیک بینجامد و در نتیجه به افزایش انسجام در عملکرد تالامیک، آمیگدال، هیپوکمپ و قشری منجر شود (برگمن، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد که در نگاه اول، حرکات چشم جریان سو برتری نیم‌کره‌ای را تصحیح کرده، به مغز این اجازه را بدهد تا عملکرد بین دو نیم‌کره‌ای متعادل خود را حفظ کند. اما جدیدترین تبیینی که در خصوص چگونگی اثر بخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد شده یا فرضیه سوم: کاهش وضوح و بار هیجانی خاطره آسیب‌زا از طریق تحمیل یک تکلیف اضافی (حرکات چشم) به ظرفیت محدود حافظه کاری است (انگلهاد، ون دون هوت و اسمیت^۱، ۲۰۱۱). یادآوری یک خاطره به منابع و ظرفیت محدود حافظه کاری بستگی دارد. اگر یک تکلیف ثانویه در خلال یادآوری اجرا شود که در تخصیص این ظرفیت سهمیم شود، ظرفیت کمتری در دسترس یادآوری حادثه خواهد بود و در نتیجه خاطره با وضوح و هیجان کمتری تجربه خواهد شد. حرکات چشم به‌عنوان چنین تکلیف ثانویه‌ای، به حافظه کاری تحمیل می‌شود (گانتر و بوندر، ۲۰۰۸). خاطرات، نه تنها در خلال یادآوری بلکه هم‌چنین در خلال یادآوری مجدد خاطره پس از جلسه حرکات چشم محو می‌شوند، این موضوع که، وضوح خاطرات در یادآوری‌های مجدد بعدی می‌توانند تحت تأثیر خاطره اولیه باشند موضوع جدیدی نیست (گانتر و بوندر، ۲۰۰۸). در افرادی که با تصویر سازی‌های ذهنی متمرکز و فشرده اصطلاحاً تورم تخیل درگیر می‌شوند، وضوح خاطرات در یادآوری‌های بعدی به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد (انگلهاد و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی از محدودیت‌های این تحقیق عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کننده‌ها است که امکان تعمیم یافته‌ها را به جمعیت‌های دیگر دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این روش درمانی با درمان‌های مرسوم با هدف بررسی اثرات خالص آن انجام گیرد.

در نهایت پیشنهاد می‌گردد که درمان‌گران درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد را به‌عنوان یک روش درمان جدید و چند بعدی در کنار درمان‌های دیگر برای درمان

اختلالات اضطرابی استفاده گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد که در کنار درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، با توجه به نیاز مبرم به ارزیابی میزان اضطراب با توجه به شاخص‌های دقیق فیزیولوژیک، سنجش و نظارت بر فعالیت‌های دستگاه عصبی خودکار در موارد اختصاصی مانند ضربان قلب، ریتم تنفس، کنترل جریان الکتریکی پوست آن هم در حین جلسات درمان و پس از درمان انجام شود.

سپاس‌گزاری

از همکاری صمیمانه دانش‌جویانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

فارسی

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *DSM-5*. ترجمه علی نیلوفری، علی فخرایی، فرهاد شاملو، فرزین رضاعی، ژانت هاشمی‌آذر، آتوسا فرمند (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۴). تهران: انتشارات روان.
- رجبی، غلامرضا و عباسی، قدرت‌اله. (۱۳۸۹). ساختار عاملی (روایی سازه) نسخه فارسی مقیاس بازبینی‌شده کم‌رویی در بین دانش‌جویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۶(۴)، ۴۶۷-۴۵۶.
- مردانی حموله، مرجان؛ ابراهیمی، احترام و مستغاثی، مهرداد. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزش روان‌شناختی بر اضطراب اجتماعی بیماران مبتلابه سرطان. *مراقبت‌های نوین*، ۹(۳)، ۱۸۹-۱۸۱.
- مؤمنی، مریم؛ ضیغمی، رضا؛ مرادی، محمد؛ طاهرپور، مریم و ساریچلو، محمد ابراهیم. (۱۳۹۴). میزان شیوع و عوامل مرتبط با هراس اجتماعی در دانش‌جویان پرستاری و مامایی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۲)، ۱۴۵-۱۳۷.

لاتین

- Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon, R. M. (2011). EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 2-13.
- Bandelow, B., Reitt, M., Rover, C., Michaelis, S., Gorlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
- Bergmann, U. (2000). Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6(3), 175.
- Bergmann, U. (2008). The neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 300-314.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New Self-Rating Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- Crozier, W. R. (2005). Measuring shyness: Analysis of the Revised Cheek and Buss Shyness Scale. *Personality and Individual Differences*, 38(8), 1947-1956.
- Crozier, W. R., & Alden, L. E. (Eds.). (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. Hoboken, New Jersey, United States: John Wiley & Sons.
- Darbor, K. (2010). *Individual differences in creativity: How different processes and mind-wandering influence performance*. Bachelor Thesis of Psychology, University of Michigan, United States.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316.
- De Jongh, A., & Broeke, E. T. (2009). EMDR and the anxiety disorders: Exploring the current status. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 133-140.
- Engelhard, I. M., Van Den Hout, M. A., & Smeets, M. A. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's Day tragedy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 32-37.
- Farima, R., Dowlatabadi, S., & Behzadi, S. (2015). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing pathological worry in patients with generalized anxiety disorder: A preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 33-43.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behavior Research and Therapy*, 46(8), 913-931.
- Haller, S. P., Kadosh, K. C., Scerif, G., & Lau, J. Y. (2015). Social anxiety disorder

- in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 13, 11-20.
- Heber, R., Kellner, M., & Yehuda, R. (2002). Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: a case report. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1521-1530.
- Hopko, D. R., Stowell, J., Jones, W. H., Armento, M. E. A., & Cheek, J. M. (2005). Psychometric properties of the Revised Cheek and Buss Shyness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 84(2), 185-192.
- Kam, J. W., Xu, J., & Handy, T. C. (2014). I don't feel your pain (as much): The desensitizing effect of mind wandering on the perception of others' discomfort. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 14(1), 286-296.
- Kane, M. J., Brown, L. H., McVay, J. C., Silvia, P. J., Myin-Germeys, I., & Kwapil, T. R. (2007). For whom the mind wanders, and when: An experience-sampling study of working memory and executive control in daily life. *Psychological Science*, 18(7), 614-621.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
- Kutz, I., Resnik, V., & Dekel, R. (2008). The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 190-200.
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124-132.
- McVay, J. C., & Kane, M. J. (2010). Does mind wandering reflect executive function or executive failure? Comment on Smallwood and Schooler and Watkins. *Psychological Bulletin*, 136(2), 188-197.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., & Mesgarpour, B. (2006). Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depression and Anxiety*, 23(7), 405-411.
- Mrazek, M. D., Phillips, D. T., Franklin, M. S., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (2013). Young and restless: validation of the Mind-Wandering Questionnaire (MWQ) reveals disruptive impact of mind-wandering for youth. *Frontiers in Psychology*, 4, 560-567.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) For PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (Eds.). (2010). *The development of shyness and social withdrawal*. New York, Guilford Press.
- Schooler, J. W., Mrazek, M. D., Franklin, M. S., Baird, B., Mooneyham, B. W.,

- Zedelius, C., & Broadway, J. M. (2014). The middle way: Finding the balance between mindfulness and mind-wandering. *In Psychology of Learning and Motivation, 60*, 1-33.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, Guilford Press.
- Shapiro, F., & Lalotitis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal, 39*(2), 191-200.
- Singh, V., Pandey, S., Singh, A., Gupta, R., Prasad, R., & Negi, M. P. S. (2012). Study pattern of snoring and associated risk factors among medical students. *Bioscience Trends, 6*(2), 57-62.
- Smallwood, J., & Andrews-Hanna, J. (2013). Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state. *Frontiers in Psychology, 4*, 441-447.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research, 2*(4), 315-325.
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice, 11*(3), 300-320.
- Stoeckli, G. (2009). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research, 103*(1), 28-39.
- Triscari, M. T., Faraci, P., Catalisano, D., D'Angelo, V., & Urso, V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: A randomized trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 2591-2598.

