

اثر بخشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و کیفیت زندگی در دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

فائزه جهان*^۱، داریوش مهرافزون^۲، شراره حسینی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۴

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین تاثیر حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و کیفیت زندگی در دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. طرح این پژوهش نیمه تجربی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ شهر کرج بود. با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان دارای نمرات بالا در پرسشنامه اضطراب اجتماعی انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب اجتماعی اسپنس، پرسشنامه تنظیم شناختی- هیجانی، پرسشنامه مکانیزم های دفاعی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس آزمون بین میانگین نمرات راهبردهای تنظیم شناختی- هیجانی مثبت و منفی و نمره کل کیفیت زندگی و هر یک از ابعاد آن در آزمودنی های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره مکانیزم دفاعی رشد یافته از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$). در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که جلسات حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد تاثیر معناداری در افزایش استفاده از تنظیمات هیجانی مثبت و کیفیت زندگی و استفاده بیشتر از مکانیزم دفاعی رشد یافته دارد.

واژه‌های کلیدی: حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد، تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی، کیفیت زندگی، اضطراب اجتماعی، دختران نوجوان.

۱- استادیار گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲- مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، گروه روانشناسی. ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، faeze.jahan@gmail.com

مقدمه

نوجوانی به دوره ای از رشد اطلاق می شود که زمان گذار و انتقال از کودکی به بزرگسالی است و شروع و پایان آن از فرهنگی به فرهنگ دیگر تغییر می کند. از نوجوانی به عنوان دوره انتقال یاد می شود (Tombson and Rodlf, 2012). انتقال از نارسایی و نابالغی کودکی به رسی و بالیدگی بزرگسالی، نوجوانی دوره ای است که در آن افراد یاد می گیرند از نظر اجتماعی مسئولیت اعمال خود را بپذیرند (Sheikholeslami & Berzou, 2015). در طول این دوره نوجوان با تحولات مختلف از نظر جسمانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی روبروست، تغییراتی که عموماً از حدود ۱۱-۱۲ سالگی شروع می شود و در سن ۲۰ سالگی خاتمه می یابد (Buckner & et al, 2013). برخی از نظریه پردازان دوره نوجوانی را پرتنش و توام با شور و هیجان می دانند. افراد در دوره نوجوانی دستخوش دگرگونی های چشمگیری می شوند که غالباً همراه با نوسانات پرشور عاطفی است (Sadegh zadeh & samani, 2011). یکی از هیجاناتی که نوجوانان تجربه می کنند، اضطراب اجتماعی است. افرادی که اضطراب اجتماعی شدید را تجربه می کنند (مانند تپش قلب، لرزش، عرق کردن، ناراحتی معده و روده، اسهال، گرفتگی عضلات، سرخ شدن، سردرگمی و لکنت زبان) علائمی که در موقعیت های اجتماعی هراسناک نشان داده می شوند و در موارد شدید، می تواند با معیارهای حمله وحشت زدگی انطباق داشته باشند (Halgin & Whitbourne, 2014). تحقیقات سال های اخیر نشان داده است که مشکلات پردازش اطلاعات و سوگیری توجه به ویژه تنظیم هیجان نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می کند (Brenes & et al, 2015).

تنظیم هیجان^۱ به معنای کاهش و تنظیم هیجان منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان است و به توانایی فهم هیجان، تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد (Goussinsky & Livne, 2016). شواهد جدید در خصوص اختلالات اضطرابی و خلقی نشان می دهد که مشکل خودتنظیمی هیجانی^۲ ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (Alloy & et al, 2016). بارلو^۳ (۲۰۰۲) ادراک کنترل روی اضطراب را به عنوان تعیین کننده مهمی برای سبب شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی مطرح کرده است. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیرمنتظره و متوالی هیجان را تجربه می کنند. این اظهارهای متوالی هیجانی در افراد آسیب پذیر سبب می شود که واکنش های بدنی و هیجانی خود را غیرقابل کنترل بدانند. از اینرو افراد

-
1. emotion regulation
 2. emotional self-regulation
 3. Barlow

دارای اختلال اضطراب اجتماعی به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی باور دارند؛ زیرا آنها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ‌های هیجانی خود را هنگام رو به رو شدن با موقعیت‌های اضطراب اجتماعی، پیش‌بینی می‌کنند (Bullis & et al, 2015). به نظر می‌رسد قابلیت‌هایی برای تشخیص و بیان تجارب هیجانی، جنبه‌هایی از خودتنظیمی هیجانی باشند که با اضطراب اجتماعی مرتبط اند. نقص در این حوزه‌ها در قالب مشکلات ساختاری در خودتنظیمی هیجانی تبیین می‌شود (Gross, 2007). از دیگر عوامل روانشناختی مرتبط با آسیب‌شناسی روانی و شکل‌گیری انواع اختلالات روان‌شناختی به ویژه اختلالات اضطرابی می‌توان به مکانیسم‌های دفاعی^۱ اشاره کرد (Reeve, 2001). وقتی که افراد نتوانند با روش‌های منطقی و مستقیم، اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند، به روش‌های غیرمستقیم یعنی مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند. مکانیسم دفاعی به فرد کمک می‌کند که با اضطراب مقابله کند (Vaillant, 2000; Yarmohammadian & Reyhani, Ghaderi, 2012).

طبق تعریف مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (Dziegielewski, 2010). دفاع از خود^۲ در مراحل اولیه رشد فرد به وجود می‌آید (Marsh and et al, 2007). دفاع‌هایی که به کار گرفته می‌شوند به سطح رشد و میزان اضطراب فرد بستگی دارند. مکانیسم‌های دفاعی دو ویژگی مشترک دارند. اول اینکه واقعیت را انکار یا تحریف می‌کنند و دیگر اینکه در سطح ناهشیار عمل می‌کنند (Kim, 2016). گرچه ناهنجاری‌های رشد و یا کارکردهای مکانیسم‌های دفاعی با آسیب‌پذیری ارتباط دارند. اما خود این مکانیسم‌ها یک آسیب‌نیستند. در واقع وظیفه اساسی این مکانیسم‌ها فقط حفظ موجودیت متعادل و بهنجار فرد است (Shilling, 2001). از دیگر سو، بین کیفیت زندگی^۳ طبق تعریف "گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی"^۴ (WHOQOL) عبارت است از "ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است" (Morozova & et al, 2015). این تعریف مفهوم گسترده‌ای است که به نحوی پیچیده متأثر از سلامتی جسمانی، وضعیت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی فرد و ارتباط آنها با مشخصه‌های بارز محیط او است (Marques & et al, 2015). در واقع کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی، پویا و

-
1. defense mechanisms
 2. ego
 3. quality of life
 4. world health organization quality of life group (WHOQOL)

وسیع تر از سلامتی می باشد و بر چهار بعد اصلی سلامت روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط تاکید دارد. علاوه بر این ابعاد، کیفیت زندگی شامل بیماری، درمان و نیز ماهیت ذهنی کیفیت زندگی از دیدگاه فرد است (Saaticioglu & et al, 2008).

در راستای درمان علائم اختلالات اضطرابی^۱ طرح ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. از جمله می توان به درمان های دارویی (Oh & et al, 2016)، مداخلات غیردارویی مانند روان درمانی های حمایتی- فردی و گروهی، روش های رفتاری- شناختی^۲ و سایر روان درمانی ها اشاره نمود (Glover & et al, 2016). با وجود اثربخشی نسبی برخی درمان های دارویی و روانی برای این اختلالات، اضطراب اجتماعی به ویژه در گروه سنی کودک و نوجوان همچنان برای بسیاری یک بیماری استرسزا و چالش برانگیز است و برای آن درمان کامل و موفقی برخلاف سایر اختلالات اضطرابی خاصه در بزرگسالان وجود ندارد (Oh & et al, 2016). در این میان یکی از روش های درمانی شناختی که در سال های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد^۳ می باشد (Solomon & Shapiro, 2008). فرآیندهای شناسایی شده در حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) مشتمل بر ذهن آگاهی^۴، آگاهی جسمانی^۵، تداعی آزاد، بازسازی شناختی و شرطی سازی^۶ است. این فرآیندها با تاثیرات مثبت به دست آمده ناشی از این روش تعامل دارند (Gunter & Bodner, 2009).

روش درمانی مورد نظر به عنوان یک رویکرد یکپارچه نگر شامل تعدادی عناصر و رویارویی کنترل شده است. افزایش توانایی مراجع برای در تماس ماندن با تصاویر آزارنده و تغییر میزان رویارویی همراه با هماهنگی شناختی احتمالا یکی از جنبه های مهم آن است، به طوری که رویارویی متناوب با سطوح بالای پریشانی منحصر به این روش است و آنچه در اینجا اتفاق می افتد، احساس تسلطی است که در مراجع تجربه می شود (Shapiro, 2001). در توضیح و توصیف ساز و کارهای عصب شناختی دخیل در این روش، شاپیرو (Shapiro, 2007). معتقد است که وقتی حادثه آسیب زا و ناراحت کننده ای رخ می دهد، با تصاویر، صداها، افکار و احساسات اولیه زمان اتفاق، در دستگاه عصبی قفل می شود و حادثه آسیب زا پردازش نشده باقی می ماند. ساز و کارهای پردازش آن به

-
1. anxiety disorder
 2. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
 4. mindfulness
 5. somatic awareness
 6. conditioning

لحاظ فیزیولوژیک به صورتی شکل گرفته که بتواند اطلاعاتی را که به خوبی پردازش نشده، به یک سطح انطباقی برساند و فرضیه‌های مطرح شده در مورد ساز و کارهای زیربنایی آن از یافته‌های تجربی در حوزه دستگاه لیمبیک، ضربه روانی و خواب در مرحله حرکات سریع چشم است (Bergmann, 1998). با اذعان به مطالب بالا پژوهش حاضر با هدف "بررسی اثربخشی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و کیفیت زندگی دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی" انجام شد.

روش، جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ شهر کرج می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با توجه به طرح پژوهش، نمونه‌ای به تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شد. سپس ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر دوم متوسطه که دارای هوش نرمال و سطح اجتماعی اقتصادی نرمال بودند و در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمرات بالایی کسب کردند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به تصادف در دو گروه (آزمایش، ۱۵ نفر و گواه، ۱۵ نفر) گمارش شدند.

پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی: این پرسشنامه توسط گرانفسکی و همکاران (Granefski and et al, 2001) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادها، تهدید کننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه از ۳۶ سوال و ۹ خرده‌مقیاس شامل سرزنش خود^۱ (سوالات ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)، پذیرش^۲ (سوالات ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، نشخوارگری^۳ (سوالات ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)، تمرکز مجدد مثبت^۴ (سوالات ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^۵ (سوالات ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت^۶ (سوالات ۵، ۱۵، ۳۳، ۲۴)، دیدگاه پذیری یا کم‌اهمیت شماری^۷ (سوالات ۷، ۳۴، ۲۵، ۱۶)، فاجعه‌سازی^۸ (سوالات ۸، ۱۷، ۳۵، ۲۶) و سرزنش دیگران^۹ (سوالات ۹، ۲۶، ۲۷، ۱۸) با روش نمره گذاری همیشه (۵)، اغلب (۴)، مرتب

1. self-blame
2. acceptance
3. focus on thought/rumination
4. positive refocusing
5. refocus on planning
6. positive reappraisal
7. putting into perspective
8. catastrophizing
9. blaming others

(۳)، گاهی (۲)، هرگز (۱) تشکیل شده است. این خرده مقیاس شامل سرزنش خود، پذیرش، نشخوارگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران به عنوان مولفه های منفی نظم بخشی هیجان و تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت دیدگاه پذیری یا کم اهمیت شماری به عنوان مولفه های مثبت نظم بخشی هیجان می باشند. پایایی ابزار در پژوهش شصت فولادی و منشی (shast foladi and maneshi, 2015) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردیده است. همچنین روایی صوری آن نیز توسط اساتید مورد تایید قرار گرفته است. پاسخ های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع آوری می شود. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای نظم بخشی مثبت ۰/۹۱، راهبردهای نظم بخشی منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده اند.

ب- پرسشنامه مکانیسم های دفاعی^۱: این پرسشنامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها ساخته و نسخه ۴۰ سوالی آن که به وسیله آندروز و همکاران (Andros and et al, 1993) تدوین شده است، ۲۰ ساز و کار دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان نژدانه و رشد نیافته ارزیابی می کند. مواد پرسشنامه براساس مقیاس ۹ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) درجه بندی شده است و هر آزمودنی می بایست میزان موافقت خود را با هر گزاره دفاعی مشخص کند. پرسشنامه مکانیسم های دفاعی (DSQ-40) را در ایران حیدری نسب (heydari nasab, 2006) بررسی و هنجاریابی کرده است. یافته ها نشان می دهد که نسخه ایرانی پرسشنامه مانند نسخه اصلی آن از اعتبار مطلوبی برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه به کمک روش بازآزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ به دست آمده و آلفای کرونباخ آن (۰/۸۱) گزارش شده است. در مکانیسم های دفاعی، نیز آلفای آن برای سبک روان نژدانه، سبک رشد یافته و سبک رشد نیافته ۰/۷۸، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ گزارش شده و در مطالعات متعدد داخلی و خارجی نیز روایی و پایایی این پرسشنامه بالا گزارش شده است.

پ- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد. این ابعاد عبارت از (۱) سلامت جسمی، (۲) سلامت روان شناختی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) محیط اجتماعی می باشد. گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ های مختلف استفاده می شود (WHO, 1996). در ایران نصیری و همکاران (nasiri and et al, 2006) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶

گویه این مقیاس مشخص نمود که در این مقیاس چهار زیر مقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است. سوالات پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند (اصلا، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد) به این صورت که اصلا برابر ۱ و خیلی زیاد برابر ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. لازم به ذکر است که سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد.

ت- پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی اسپینس^۱: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (kanir and et al, 2000) به صورت یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای که دارای سه مقیاس اجتناب^۲ (۷ ماده)، ترس^۳ (۶ ماده) و علائم فیزیولوژیکی^۴ (۴ ماده) می باشد، طراحی شد. هر ماده براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از (به هیچ وجه=۰، کم=۱، تا اندازه ای=۲، خیلی زیاد=۳ و بی نهایت=۴) درجه بندی شده است. این ابزار می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود و در نهایت می تواند درمان هایی با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می باشد (Tsai & et al, 2009). نقطه برش ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیص ۷۹ درصد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون اختلال را تشخیص می دهد. همسانی درونی (ضریب آلفا) در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۱۴ و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۹۸، اجتناب ۰/۹۲ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۶۸ و روایی همگرایی زیرمقیاس های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می باشد (ghayoor kazemi and et al, 2015).

1. The Social Phobia Inventory (SPIN)
2. Avoidance
3. Fear
4. Physiological Symptoms

جلسات آموزشی

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد

جلسه اول	شامل گرفتن تاریخچه فردی و طراحی درمان، آماده سازی، ایجاد ارتباط، معرفی اجمالی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، بیان انتظارات و نحوه مشارکت آزمودنی ها در درمان و اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	شامل دو مرحله ارزیابی یعنی شناسایی جنبه های موضوعات مورد نظر (شناسایی هدف) و حساسیت زدایی بود که هیجانها، احساسات و افکار آزاردهنده مورد هدف قرار گرفتند. همچنین ارزیابی مجدد (که از این جلسه شروع شد و در جلسات بعدی ادامه یافت و برای این منظور از مقیاس های برآشفستگی ذهنی و اعتماد به شناخت واره استفاده گردید).
جلسه سوم	دربگیرنده مرحله کارگذاری و همچنین افزایش قدرت باورهای مثبت شخص بود و همچنین جانشین کردن باورهای مثبت به جای باورهای منفی آموخته شده اصلی مورد توجه قرار گرفت.
جلسه چهارم	در این جلسه مسائل و پویسهای جسمانی مورد هدف و بررسی قرار گرفت و همچنین در فرایند درمان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.
جلسه پنجم	شامل مرحله بستن (انسداد) بود که عمدتاً به منظور حفظ تعادل درمانجو در بین جلسات طراحی شده است و همچنین در این مرحله ارزیابی مجدد پایانی و اجرای پس آزمون صورت گرفت.
	لازم به ذکر است که به غیر از جلسه اول، در تمام جلسات مختلف درمان از ارزیابی مجدد به وسیله مقیاسهای برآشفستگی ذهنی و اعتماد به شناخت واره استفاده گردید و همچنین در طی این جلسات گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله ای قرار نگرفت.

یافته‌ها

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و کنترل

نام متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
			پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
مکانیسم دفاعی	آزمایش	۱۵	۶۰/۵۲	۵/۴۱	۶۴/۴۱	۶/۱۱
	کنترل	۱۵	۶۲/۷۴	۶/۱۶	۶۲/۰۸	۵/۷۰
	آزمایش	۱۵	۸۲/۰۴	۹/۱۴	۶۵/۹۲	۶/۲۰
	کنترل	۱۵	۸۵/۷۶	۹/۵۸	۸۵/۴۷	۹/۱۲
مکانیسم دفاعی رشد نایافته	آزمایش	۱۵	۷۷/۴۲	۶/۱۹	۷۱/۵۴	۵/۶۳
	کنترل	۱۵	۷۶/۳۸	۶/۱۰	۷۶/۳۰	۶/۰۲
	آزمایش	۱۵	۱۲/۸	۱	۱۸/۵	۰/۱۲
	کنترل	۱۵	۱۱/۱	۱/۲	۱۳/۳	۱/۲۶
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۵	۱۳/۹	۱	۱۸/۵	۰/۰۹
	کنترل	۱۵	۱۳/۵	۱/۱	۱۲/۳	۰/۰۷
	آزمایش	۱۵	۶/۱	۰/۵	۷/۳	۰/۴
	کنترل	۱۵	۳/۴	۰/۵	۳/۴	۰/۳
کیفیت زندگی اجتماعی	آزمایش	۱۵	۱۸/۴	۱/۴	۳۲/۲	۱/۱
	کنترل	۱۵	۱۵/۲	۱/۴	۱۵/۸	۱/۲
	آزمایش	۱۵	۵۱/۳	۳/۶	۶۴/۴	۱/۱
	کنترل	۱۵	۴۳/۲	۳/۷	۴۳/۹	۳
کیفیت زندگی محیطی	آزمایش	۱۵	۱۱/۲۳	۵/۶۵	۸/۰۰	۳/۴۴
	کنترل	۱۵	۱۱/۱۹	۵/۳۸	۱۱/۱۷	۵/۳۳
	آزمایش	۱۵	۱۰/۶۴	۴/۳۹	۸/۵۳	۳/۸۲
	کنترل	۱۵	۱۰/۸۳	۴/۴۴	۱۰/۸۰	۴/۳۹
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۵	۱۱/۷۲	۵/۸۹	۹/۲۲	۴/۱۷
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	آزمایش	۱۵	۱۱/۲۳	۵/۶۵	۸/۰۰	۳/۴۴
	کنترل	۱۵	۱۱/۱۹	۵/۳۸	۱۱/۱۷	۵/۳۳
سرزنش خود	آزمایش	۱۵	۱۰/۸۳	۴/۴۴	۱۰/۸۰	۴/۳۹
	کنترل	۱۵	۱۱/۷۲	۵/۸۹	۹/۲۲	۴/۱۷
	آزمایش	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
پذیرش	آزمایش	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	آزمایش	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
نشخوارگری	آزمایش	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	آزمایش	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۵	۵/۷۰	۱۱/۶۳	۵/۶۶

۶۰ اثربخشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و ...

آزمایش	۱۵	۱۰/۸۶	۴/۷۷	۹/۱۰	۳/۳۶
فاجعه سازی	کنترل	۱۱/۰۰	۴/۸۴	۱۰/۹۶	۴/۸۰
آزمایش	۱۵	۱۰/۳۴	۴/۲۲	۸/۵۵	۳/۰۲
سرزنش دیگران	کنترل	۱۰/۵۲	۴/۶۰	۱۰/۴۹	۴/۳۷
آزمایش	۱۵	۵۳/۶۶	۹/۱۱	۴۴/۱۹	۶/۴۷
تنظیم هیجان	کنترل	۵۲/۴۷	۸/۶۷	۵۲/۰۶	۸/۵۳
منفی	آزمایش	۹/۱۰	۳/۱۸	۱۱/۱۳	۵/۰۷
تمرکز مجدد	کنترل	۹/۲۳	۳/۴۰	۹/۱۷	۳/۱۶
مثبت	آزمایش	۷/۰۰	۲/۵۶	۹/۸۹	۳/۶۳
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	کنترل	۸/۶۱	۳/۱۲	۸/۴۷	۳/۰۰
ارزیابی مجدد	آزمایش	۹/۵۳	۳/۷۶	۱۲/۶۱	۴/۲۹
مثبت	کنترل	۹/۱۱	۳/۱۴	۹/۰۸	۳/۰۵
دیدگاه پذیری	آزمایش	۱۰/۱۸	۴/۱۲	۱۱/۴۰	۵/۷۴
تنظیم هیجان	کنترل	۱۱/۰۰	۴/۴۴	۱۰/۹۳	۴/۰۲
مثبت	آزمایش	۴۶/۳۱	۸/۱۶	۴۹/۲۲	۹/۳۴
تنظیم هیجان	کنترل	۴۵/۲۲	۷/۹۶	۴۵/۰۱	۷/۲۸

جدول مذکور مقادیر میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و کنترل نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود، میانگین نمره مکانیسم دفاعی رشد یافته گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۶۰/۵۲ بوده و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۶۲/۷۴ است. در حالی که پس آزمون میانگین نمرات مکانیسم دفاعی رشد یافته گروه آزمایش، ۶۴/۴۱ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۶۲/۰۸ است. همچنین نتایج نشان می دهد که میانگین نمره مکانیسم دفاعی رشد نیافته گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۸۳/۰۴ بوده است و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۸۵/۷۶ است. در حالی که پس آزمون میانگین نمرات مکانیسم دفاعی رشد نیافته گروه آزمایش، ۶۵/۹۲ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۸۵/۴۷ است و میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمایش از $(۳/۶ \pm ۵۱/۳)$ در پیش آزمون به $(۱۹۱/۱ \pm ۶۴/۴)$ در پس آزمون و $(۴/۲ \pm ۵۴)$ در مرحله پیگیری افزایش یافت. اما در گروه کنترل میانگین این نمرات، تغییر محسوسی نشان نداد (به ترتیب $۳/۷ \pm ۴۳/۲$ در برابر $۳ \pm ۴۳/۹$). میانگین نمره راهبرد تنظیم هیجان منفی گروه آزمایش

در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۵۳/۶۶ بوده و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۵۲/۴۷ است در حالی که پس‌آزمون میانگین نمره راهبردهای تنظیم هیجان منفی گروه آزمایش، ۴۴/۱۹ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۵۲/۰۶ است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره راهبرد تنظیم هیجان مثبت در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۴۶/۳۱ بوده و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۴۵/۲۲ است. در حالی که پس‌آزمون میانگین نمره راهبردهای تنظیم هیجان مثبت گروه آزمایش، ۴۹/۲۲ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۴۵/۰۱ است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در ابتدا پیش‌فرض‌های اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. یکسانی واریانس متغیرهای پژوهش به استفاده از آزمون لون تحلیل شد، در تمامی مولفه‌های مکانیسم دفاعی (رشد یافته، رشد نیافته، روان‌نژند) و تمام مولفه‌های کیفیت زندگی (روانشناختی، جسمانی، اجتماعی، محیطی، کیفیت زندگی) و همچنین تنظیم هیجان (سرزنش خود، پذیرش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران، تنظیم هیجان منفی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، تنظیم هیجان مثبت) سطح معناداری آزمون F بیش از ۰/۰۵ بود که با توجه به مفروضه‌ی آزمون لون که مبنی بر برابر نبودن واریانس‌هاست، نتایج این تحلیل نشان دهنده‌ی یکسانی واریانس‌ها بود و رعایت شدن پیش‌فرض مربوطه را تایید می‌کند. در ادامه برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده گردید.

جدول ۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع

متغیر	شاخص‌ها		آزمون شاپیرو-ویلک	
	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
مکانیسم دفاعی	آزمایش	۰/۱۴۳	۱۵	۰/۲۵
	کنترل	۰/۱۶۹	۱۵	۰/۲۲
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۲۴۰	۱۵	۰/۲۷
	کنترل	۰/۲۳۱	۱۵	۰/۲۱
راهبردهای تنظیم هیجان منفی	آزمایش	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۲
	کنترل	۰/۹۵	۱۵	۰/۲۹
راهبردهای تنظیم هیجان مثبت	آزمایش	۰/۸۶	۱۵	۰/۳۷
	کنترل	۰/۹۲	۱۵	۰/۳۳

همانطور که مشاهده می‌شود پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل رد نمی‌گردد ($P > 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۳ مشخص می‌شود که

1. Shapiro- Wilk

۶۲ اثربخشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و ...

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل تایید می گردد.

• حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است.

جدول ۴- تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی

بر تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون

مقیاس	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
تنظیم هیجان منفی	پیش آزمون	۱	۴/۴۵۹	۰/۵۷۳	۰/۱۹۱	۰/۶۲۵	۰/۰۹۱
	عضویت گروهی	۱	۱/۵۰۴	۰/۱۹۳	۰/۰۰۳	۰/۶۴۶	۰/۰۶۴
تنظیم هیجان مثبت	پیش آزمون	۱	۱/۷۹۹	۰/۵۷۰	۰/۱۶۴	۰/۱۲۵	۰/۰۹۱
	عضویت گروهی	۱	۳/۵۷۴	۰/۴۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۷۴۵
نمره کل	پیش آزمون	۱	۰/۲۲۶	۰/۰۵۸	۰/۳۲۱	۰/۰۱۴	۰/۰۵۴
	عضویت گروهی	۱	۵۲/۵۰۸	۱۳/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۰/۷۸۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کل تنظیم هیجان و دو راهبرد تنظیم هیجان منفی و تنظیم هیجان مثبت به صورت جداگانه از نظر آماری معنادار می باشد ($P < 0/05$). لذا فرضیه اول پژوهش مبنی بر (اثربخشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی) تایید می شود.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی

بر مکانیسم های دفاعی در مرحله پس آزمون

مقیاس	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
مکانیسم دفاعی رشد یافته	پیش آزمون	۱	۷/۸۰۲	۳/۷۰۸	۰/۱۱۱	۰/۴۵۸	۰/۵۵۰
	عضویت گروهی	۱	۶/۵۵۳	۴/۵۲۳	۰/۰۰۲	۰/۶۱۷	۰/۶۸۲
مکانیسم دفاعی رشد نیافته	پیش آزمون	۱	۸/۹۰۱	۴/۳۱۱	۰/۱۰۸	۰/۱۲۳	۰/۱۶۳
	عضویت گروهی	۱	۷/۶۱۳	۵/۵۴۹	۰/۲۱۵	۰/۴۷۷	۰/۴۳۴
مکانیسم دفاعی روان نژند	پیش آزمون	۱	۹/۰۸۴	۳/۲۱۷	۰/۱۵۱	۰/۲۳۹	۰/۰۹۴
	عضویت گروهی	۱	۸/۶۱۳	۴/۳۶۷	۰/۱۱۷	۰/۲۱۱	۰/۵۱۷

همانطور که مشاهده می شود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره مکانیسم دفاعی رشد یافته از نظر آماری معنادار می باشد ($P < 0/05$). اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در

مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان نژند از نظر آماری معنادار نبوده است ($P > 0.05$)؛ لذا فرضیه دوم پژوهش مبنی بر (اثر بخشی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد بر مکانیزم دفاعی دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی) رد می‌شود.

جدول ۶ - تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی

بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	۱	۲۴/۰۵	۵/۰۹۶	۰/۰۳۴	۰/۰۱۲	۰/۰۵۱
	عضویت گروهی	۱	۳۱/۹۹	۱۶/۷۱	۰/۰۰۴	۰/۸۵۰	۰/۹۳
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱	۸۷/۶۳	۹/۱۱۳	۰/۴۸۶	۰/۰۱۵	۰/۵۳
	عضویت گروهی	۱	۱۰۵/۹۴	۱۳/۶۰۷	۰/۶۴۱	۰/۶۴۸	۰/۹۶
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۱	۱۱۷/۵۲	۶/۸۷۲	۰/۰۱۳	۰/۰۵۸	۰/۶۱
	عضویت گروهی	۱	۱۳۸/۸۹	۱۵/۸۰۷	۰/۰۰۵	۰/۷۷۰	۰/۷۷
سلامت محیطی	پیش آزمون	۱	۷۲/۸۴۵	۱۳/۷۳۶	۰/۰۲۸	۰/۵۴۶	۰/۶۷
	عضویت گروهی	۱	۶۹/۲۵	۱۰/۴۵	۰/۰۰۸	۰/۶۲۳	۰/۸۹
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱	۱۸۶/۳۱۲	۲۳/۰۷	۰/۰۱۶	۰/۶۶۳	۰/۷۸
	عضویت گروهی	۱	۱۵۴/۱۰۴	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۰/۹۳

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و مولفه‌های آن برحسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) در پس آزمون برای کیفیت زندگی و مولفه‌های سلامت روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و محیطی معنادار بوده است ($P < 0.05$). بنابراین مداخله درمانی به روش حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی و هر یک از مولفه‌های آن در مرحله پس آزمون گروه آزمایش داشته است. نتیجه کلی گویای آن است که روش درمانی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپزدازش مجدد بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است.

جدول ۷- تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی بر تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون

مقیاس	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱	۰/۲۲۶	۰/۰۵۸	۰/۳۲۱	۰/۰۱۴	۰/۰۵۴
	عضویت گروهی	۱	۵۲/۵۰۸	۱۳/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۰/۷۸۲
مکانیسم دفاعی رشد یافته	پیش آزمون	۱	۷/۸۰۲	۳/۷۰۸	۰/۱۱۱	۰/۴۵۸	۰/۵۵۰
	عضویت گروهی	۱	۶/۵۵۳	۴/۵۲۳	۰/۰۰۲	۰/۶۱۷	۰/۶۸۲
مکانیسم دفاعی رشد نیافته	پیش آزمون	۱	۸/۹۰۱	۴/۳۱۱	۰/۱۰۸	۰/۱۲۳	۰/۱۶۳
	عضویت گروهی	۱	۷/۶۱۳	۵/۵۴۹	۰/۲۱۵	۰/۴۷۷	۰/۴۳۴
مکانیسم دفاعی روان نژند	پیش آزمون	۱	۹/۰۸۴	۳/۲۱۷	۰/۱۵۱	۰/۲۳۹	۰/۰۹۴
	عضویت گروهی	۱	۸/۶۱۳	۴/۳۶۷	۰/۱۱۷	۰/۲۱۱	۰/۵۱۷
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱	۱۸۶/۳۱۲	۲۳/۰۷	۰/۰۱۶	۰/۶۶۳	۰/۷۸
	عضویت گروهی	۱	۱۵۴/۱۰۴	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۰/۹۳

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر تأثیر حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان، مکانیزم دفاعی و کیفیت زندگی در دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر تنظیم هیجان دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. این نتایج کاملاً منطبق بر نظریات تامپسون (Thompson, 1994) مبنی بر این است که حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد در تنظیم هیجان دختران نوجوان از جنبه های شناختی، نظم بخشی هیجانی منجر به مدیریت هیجان ها جهت افزایش سازگاری و تطابق محسوب می شود. طبق مرحله دوم این نظریه در مدل خود نظم بخشی هیجان که در آن تمرکز مورد توجه قرار

می‌گردد، شخص خود را تماماً روی موقعیت و جنبه‌های خاصی متمرکز می‌کند تا با مراحل حواس پرتی به سمت تغییر و تعدیل برود. خودنظم بخشی هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مولفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد. آموزش راهبردهای نظم بخشی فرایندی هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است (Coutinho & et al, 2010). تامپسون و گراس (Thompson and Gross, 2007) براساس مدل کیفیت تولید هیجان، مدل فرایند نظم بخشی هیجان را ارائه کرد. مدل اولیه شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) است. به اعتقاد گروس هر مرحله از فرآیند تولید هیجان، یک هدف نظم دهی بالقوه دارد و مهارت‌های نظم دهی کننده هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند. گروس براساس مدل اولیه، مدل فرآیند خودنظم بخشی هیجان را طراحی کرد و پنج نقطه از مراحل تولید هیجان را مشخص کرد که هر نقطه، محل اعمال یک خانواده از فرآیندهای نظم دهی هیجان است. در مرحله دوم (موقعیت) از طریق اصلاح موقعیت می‌توان در فرآیند تولید هیجان تغییراتی ایجاد کرد. در این مرحله یکی از راهبردهای نظم بخشی کننده هیجان، خود-اظهاری است. در مرحله سوم (توجه) یکی از راه‌های ایجاد تغییر و نظم دهی هیجان، تغییر جهت و یا گسترش توجه می‌باشد. سه شیوه گسترش توجه شامل حواس پرتی، تمرکز و نشخوار فکری است (Gross and Thompson, 2007). از بین این فنون، حواس پرتی یکی از فنون فراشناختی نظم دهی کننده هیجان به حساب می‌آید (Papageorgiou and Wells, 2013). فرد با تمرکز، توجه خود را تماماً روی موقعیت یا جنبه خاصی از آن تشدید می‌کند و نشخوار فکری شامل تمرکز توجه روی احساسات و پیامدهای آن است. در چهارمین مرحله از مراحل تولید هیجان (ارزیابی)، ایجاد تغییرات شناختی، وظیفه خودنظم دهی بخشی در این مرحله است و یکی از راهبردهای آن، باز ارزیابی شناختی است. آخرین مرحله از تولید هیجان، مرحله پاسخدهی است و تعدیل پاسخ آخرین بخش از فرایند خودنظم بخشی کننده هیجان را تشکیل می‌دهد. بنابراین مدل فرایند نظم بخشی هیجان گروس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یکسری راهبردهای سازگار و یکسری راهبردهای ناسازگار است. به ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار استفاده می‌کنند (مانند نشخوار فکری، نگرانی، اجتناب و غیره). لازمه مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگاران است (Gross and Thompson, 2007). نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر مکانیزم دفاعی دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است، انسان‌ها از یک نظام فطری

فیزیولوژیکی برخوردارند که برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. نظام پردازش اطلاعات، درونی و انطباقی است (Sack & et al, 2016). به طور خلاصه آسیب زمانی روی می‌دهد که نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد. رویدادهای آسیب زای زندگی، باعث شکل گیری الگوی بیمارگون عواطف، رفتارها، شناخت ها، احساس ها و ساختارهای مربوطه می‌شوند. ساختارهای بیمارگون به این علت روی می‌دهند که اطلاعات پردازش نمی‌شوند. در عوض، اطلاعات آسیب زا در زمانی که رویداد آزارنده اتفاق افتاده است، به صورت راکد، حل نشده و ثابت اندوزش شده است (Shapiro, 2014). تجربیات قدیمی و آزاردهنده، در وضعیت ویژه حالت ۱، در دستگاه عصبی نگهداری می‌شوند. بنابراین آسیب در فیزیولوژی اعصاب «گیر می‌کند» یا «مسدود می‌شود». وقتی که فرد در وضعیت ویژه حالت آزارنده و تحریک کننده متوقف شده باشد، رویدادهای جاری مرتباً آسیب را راه اندازی می‌کنند و آسیب به صورت کابوس، فلش بک (بازگشت به گذشته)، افکار مزاحم و رفتار اجتنابی ابراز می‌شود (Jeffries and Davis, 2013). دسترسی به خاطرات آسیب زا، نظام پردازش اطلاعات را فعال می‌کند تا بعد راه حل سازگارانه‌ای برای این اطلاعات پیدا کند. این نظام نه تنها خاطرات آسیب زا و اطلاعات آزارنده را دگرگون می‌کند، بلکه همزمان با آن عواطف، افکار و احساس‌ها را تغییر می‌دهد. حساسیت زدایی و بازسازی شناختی، پیامدهای پردازش مجدد انطباقی هستند که در سطح فیزیولوژی اعصاب روی می‌دهند. پس فرآیند اصلی تغییر، عبارت است از شرطی سازی تقابلی از طریق حساسیت زدایی و بازسازی شناختی. البته هشیاری افزایشی و پلایش روانی هم تا اندازه‌ای در جریان درمان اتفاق می‌افتد، ولی مکانیزم اصلی تغییر در حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد نیستند (Chen & et al, 2015). این بازسازی شناختی در بهبود سبک های دفاعی رشد یافته نیز تاثیرگذار است، دفاع ها را می توان برحسب "درجه پختگی و بالیدگی همراه با آنها" در سلسله مراتبی جای داد. دفاع های خودشیفته^۱ وار، ابتدایی ترین دفاع ها هستند و در کودکان و افراد دچار اختلال سایکوتیک دیده می شوند. دفاع های ناپخته^۲ در نوجوانان و برخی بیماران غیر روان پریش مشاهده می شود. دفاع های نورووتیک در بیماران وسواسی و هیستریک و نیز در بزرگسالان تحت استرس دیده می شود. در زیر به این چهار دسته از مکانیسم های دفاعی که توسط جورج ویلانت تقسیم بندی شده است، پرداخته می شود (sadock and et al, 2016).

-
1. pathological structures
 2. narcissism
 3. immature

همچنین مداخله درمانی به روش حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی و هر یک از مولفه‌های آن در مرحله پس از آزمون گروه آزمایش داشته است. سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی درونی) است. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تاکید دارند. در حالی که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (Leer & et al, 2017). شاخص‌های عینی، مواردی مانند سطح سواد، سطح درآمد، شرایط کاری، وضعیت تاهل، امنیت، جایگاه اجتماعی و تولید اقتصادی هستند که هم می‌توانند به طور منفرد و هم به صورت ترکیبی در تعیین کیفیت زندگی، مورد تحلیل قرار بگیرند. شاخص‌های ذهنی، براساس ارزیابی و برداشت بیمار در مورد سطح رضایت، شادی، امیدواری و... به دست می‌آیند. در واقع، شاخص‌های عینی در بهترین حالت، فرصت‌ها و امکانات ارتقای کیفیت زندگی را فراهم می‌کنند، ولی به تنهایی نمی‌توانند آن را تامین کنند (haghayegh, 2006).

کومینوس (kominos, 2005) در مورد دو شاخص ذهنی و عینی بیان می‌کند که رویکردهای ذهنی به کیفیت زندگی هر دو لازم است، اما این دو رویکرد اغلب با یکدیگر رابطه ضعیفی دارند. از طرفی فیلیپس (haghayegh, 2006) اظهار می‌کند که باید الگوی پیچیده تری برای پوشش دادن هر دوی این جنبه‌ها طراحی شود. بر اساس این دیدگاه، کیفیت زندگی بر اساس کیفیت ارضا نیازهای انسان، دریافت فرهنگی و سیستم ارزشی یک جامعه بر اساس ارزیابی و برداشت خود فرد تعیین می‌شود. پردازش موثر در حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد مبتنی بر انتخاب درست هدف است. هدف درست برای کسی که از یک آتش سوزی خاطره بدی دارد، می‌تواند تمرکز بر روی خود واقعه باشد. هدف‌ها سنگ‌های اصلی حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد هستند. پس از انتخاب درست هدف که مورد توافق درمانگر و مراجع قرار گرفت، سودمندترین ابعاد درمان عبارتند از تصویر، شناخت واژه منفی و مثبت، هیجان‌ها و میزان آزاردهندگی آنها و نیز احساس‌های بدنی همراه با این خاطرات منفی هستند که باید به خوبی تعریف شده باشند (Gupta and Gupta, 2002). مرحله تعیین هدف به تنهایی قادر به افزایش کیفیت زندگی می‌باشد و همراه شدن آن با بقیه مراحل تاثیر بسزایی در افزایش کیفیت زندگی دارد. نتیجه کلی گویای آن است که روش درمانی حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است. ولذا می‌توان از طریق این روش درمانی موارد جسمی و روانی همچون فشار به سینه، ضعف عضلانی، اختلالات خواب، اختلال در اشتها و همچنین موارد روانشناختی مانند خشم، احساس گناه و سرزنش خود، اضطراب و شوک و غیره و

موارد اجتماعی مانند تمایل به کناره گیری، علاقه به دنیای بیرون و ... موثر واقع و به درمان آنها پرداخت.

References

- Alloy LB, Hamilton JL, Hamlat EJ, Abramson LY. (2016). Pubertal Development, Emotion Regulatory Styles, and the Emergence of Sex Differences in Internalizing Disorders and Symptoms in Adolescence. *Clin Psychol Sci*. 4(5):867-881.
- Bergmann, U.R. (1998). Speculation on the neurobiology of EMDR. *Traumatology*, 4, 1-5.
- Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Hogan PE & Miller ME. (2015). Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 72(10):1012-20.
- Buckner, J.D., Heimberg, R.G., Ecker, A.H., & Vinci, C. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depression and Anxiety*, 30(3), 276-284.
- Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav Modif*. 39(2):295-321.
- Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 203(6):443-51.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiq Clin Journal*, 37 (4): 145-151.
- Dziegielewski, S.F. (2010). *DSM-IV-TR in action*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van den Kommer, T. (2001). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 25, 603-611.
- Ghayyur Kazemi, F., Sepehri Shamloo, Z., Mashhadi, A., and Ghana, Chaman Abad, AS. (2015). Comparison of the effectiveness of meta-cognitive and neurofeedback therapy on reduction of anxiety symptoms in female students with social anxiety disorder. *Semnan Clinical Psychology Quarterly*. 7 (3): 21-35.
- Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ & et al. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological services*. 13(2):156-61.
- Gross, J. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 1, 3-24.
- Gross, J., & Thompson R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 1, 3-24.
- Goussinsky R, Livne Y. (2016). Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support. *J Nurs Manag*. 24(8):1109-1118.

- Gunter, R.W., & Bodner, G.E. (2009). EMDR works But How? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 161-163.
- Gupta MA, Gupta AK. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *J Cutan Med Surg*. 6(5):415-21.
- Haghighyegh, a. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Thesis Master of Clinical Psychology, Isfahan University.
- Haljin, R., and Whitburne, S. (2016). *Psychological Pathology: Clinical Perspectives on Psychiatric Disorders Based on DSM-Δ. Volume II First Edition*. Yahya Seyyed Mohammadi translation. Tehran: Ravan Publication.
- Heidari Nasab, L., And Poetry, M. (2011). Factor construction of defense style questionnaire in Iranian non-clinical samples. *New psychological research*. ۶(۲۱): 77-97.
- Jeffries FW, Davis P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? a review. *Behav Cogn Psychother*. 41(3):290-300.
- Kim CY. Carl Gustav Jung and Granville Stanley Hall on Religious Experience. *Journal of religion and health*. 2016;55(4):1246-60.
- Leer A, Engelhard IM, Lenaert B, Struyf D, Vervliet B, Hermans D. (2017). Eye movement during recall reduces objective memory performance: An extended replication. *Behav Res Ther*. 92:94-105.
- Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC & et al. (2015). The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*. 20(15): 38-52.
- Morozova O, Levina O, Uusküla A & Heimer R. (2015). Comparison of subset selection methods in linear regression in the context of health-related quality of life and substance abuse in Russia. *BMC Med Res Methodol*. 30(15):15:71-84.
- Oh KS, Shin E, Ha J, Shin D, Shin Y, Lim SW. (2016). Early Improvement in One Week Predicts the Treatment Response to Escitalopram in Patients with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 31;14(2):161-7.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2013). *Depressive rumination; Nature, theory and treatment*. New York. John Wiley & Sons Ltd.
- Rio, J. M (2011). *motivation and excitement*. Yahya Sayed Mohammadi translation. Tehran: Publishing Editors.
- Saatcioglu O, Yapici A & Cakmak D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev*. 27(1): 83-90.
- Sadegh zadeh, m; samani, f. (2011). Prognosis of stress, anxiety and depression of adolescence based on two dimensions of process model and family content. *Journal of psychological methods and models*. 1 (2), 61-74.

- Saduk, BJJ, Saduk, VA, and Roetz, p. (2016). Kaplan & Sadook Psychology Summary: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Volume II, First Edition. Translation by Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand Publications.
- Sack M, Zehl S, Otti A, Lahmann C, Henningsen P, Kruse J. (2016). A Comparison of Dual Attention, Eye Movements, and Exposure Only during Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom.* 85(6):357-365.
- Shast fooladi, Mahtab, and Monshahi, Gholam Reza. (۲۰۱۵). The Effect of Exercise Therapy Training on the Stress of Women with Breast Cancer in Isfahan City. *Knowledge and research in applied psychology.* ۱۶(۴): 14-22.
- Shapiro F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Perm J.* 18(1):71-7.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing. Basic Principles, protocols and procedures. pp.128-135.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research and Experimental,* 1, 68-87.
- Sheikholeslami, R., Berzou, Sh. (2015). Parenting and Responsibility in Teens: The Role of Intermediation in Identity Processing Styles. *Journal of psychological methods and models.* 19 (1): 97-120.
- Shilling, L (2015). Advice Theories (Consultation Perspectives). Translation by Sadeh Khadijah Arian. Tehran: Information Publishing.
- Shoaa Kazemi, Mehrangiz and Momeni Javid, Mahraweh (2009). A study on the relationship between quality of life and life expectancy in post-operative cancer patients. *Iranian Journal of Breast Diseases.* 2 (3): 23-12.
- Solomon, R.M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR practice and Research,* 2, 315-325.
- Tombso, CHL, Rodlf, LB., (2012). Counseling with children. Translated by; Tahorian J. 2nd ed. Tehran: Roshd. pp:188-9.
- Tsai CF, Wang SJ, Juang KD & Fuh JL. (2009). Use of the Chinese (Taiwan) version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among early adolescents in rural areas: reliability and validity study. *J Chin Med Assoc.* 72(8):422-29.
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms; their role in a positive psychology. *American psychologist;* 55066-66.
- Yarmohammadian, A., Reyhani, F., Ghaderi, Z. (2012). The Relationship between Emotional Intelligence and Defense Mechanism Among Couples on the Eve of Divorce. *Journal of Psychological Methods and Models.* 7 (2), 47-62.