



اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب سخنرانی و خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی

صادق حکمتیان فرد ^{ID} *

سوران رجبی ^{ID}

فریده سادات حسینی ^{ID}

کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر.

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران.

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر خودکارآمدی تحصیلی و اضطراب سخنرانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی است. روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه تحقیق ۳۰ دانشجویی دارای اضطراب اجتماعی بودند که از بین دانشجویان دانشگاه خلیج فارس به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه جای گرفتند. قبل و بعد از اجرای درمان، پرسشنامه‌های اضطراب سخنرانی، خودکارآمدی تحصیلی و اضطراب اجتماعی بر روی دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون تعدیل‌شده گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)، به نحوی که آموزش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد باعث کاهش اضطراب سخنرانی، اضطراب اجتماعی و بهبود خودکارآمدی تحصیلی شده است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در بهبود خودکارآمدی تحصیلی و اضطراب سخنرانی و علائم اضطراب اجتماعی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و بازپردازش، خودکارآمدی تحصیلی، اضطراب سخنرانی، فوبی اجتماعی.

مقدمه

در چند دهه اخیر، اختلال اضطراب اجتماعی^۱ به‌عنوان یکی از نگرانی‌های متخصصان سلامت عمومی توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. این اختلال به‌عنوان یکی از اختلالات مزمن محور I، به اختلال نادیده انگاشته شده معروف شده است (خورشید زاده، برجعلی، سهرابی و دلاور، ۱۳۹۰). اختلال اضطراب اجتماعی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (امیر، تابواس و مونترو^۲، ۲۰۱۹). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ (۲۰۱۳) نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را حدود ۷ درصد در مردم آمریکا گزارش می‌کند (سپهوند و مرادی، ۱۳۹۷). متوسط سن شروع این اختلال در ایالات متحده ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۷ تا ۱۵ سال دارند (چانگ، عبدین، شافی، سامباسیوام، وینگانکار، ما چونگ و سوبرامانیام^۴، ۲۰۱۹)، بنابراین این اختلال در اوایل دوره نوجوانی بروز می‌کند (اولندریک، وایت، ریچی، کیم اسپون، رایان، ویکووسکی و اسمیت، ۲۰۱۹).

بر اساس تعریف جدید، این اختلال چیزی فراتر از کمرویی است و می‌تواند اختلال زیادی در زندگی فرد ایجاد کند. اضطراب اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که به ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص با افراد ناآشنا مواجه است یا ممکن است موضوع کنجکاوی آن‌ها قرار گیرد اطلاق می‌شود، شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد و یا مورد ارزیابی منفی قرار گیرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)؛ بنابراین مشخصه اصلی آن ترس از ارزیابی منفی دیگران است (هالرا، کوهن، اسکریف، لوا، ۲۰۱۵؛ بشارت، حافظی، رنجبر شیرازی و رنجبری، ۱۳۹۷).

الگوی ترس، نشانه‌های روانی اضطراب و رفتارهای اجتنابی منجر به آشفتگی معنادار در طول زندگی شخصی، حرفه‌ای و اجتماعی منجر می‌شود (رکتور، لاپوزا، کیچن، بوردیا و جوزف-ماسیا^۵، ۲۰۱۶). اضطراب اجتماعی به‌طور معنادار با تخریب ذهنی و عینی

1. Social anxiety disorder

2. Amir, N., Taboas, W., Montero, M

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4. Chang, S., Abdin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J.A., Ma, S., Chong, S.A., Subramaniam, M

5. Rector, N. A., Laposa, J. M., Kitchen, K., Bourdeau, D., & Joseph-Massiah, L

کیفیت زندگی همراه است. یکی از مشکلات مرتبط با اضطراب اجتماعی ترس از صحبت کردن در جمع و سخنرانی کردن است، ترس از صحبت کردن در جمع با کاهش کارآمدی در ارتباط کلامی، اجتناب فرد از آغاز کردن یا ادامه دادن گفتگوها در گروه، کلاس و مهمانی منجر می‌شود و ایجاد ارتباط با مراجع قدرت و همکاران را با مشکل مواجه می‌سازد و پیامدهای نامطلوبی به بار می‌آورد (ویت^۱، ۲۰۰۵).

عدم خودکارآمدی از جمله خودکارآمدی تحصیلی می‌تواند در بروز مشکلاتی مانند بی‌انگیزه بودن، سرگردانی ذهنی و مشکلات دیگر تأثیر داشته باشد. این اختلالات می‌توانند روال زندگی انسان‌ها را تغییر دهند به گونه‌ای که نتوانند به زندگی‌شان سروسامان دهند چنین فردی حتی آینده‌ای برای خود متصور نمی‌کند زیرا در این اندیشه به سر می‌برد که زندگی پوچ است و دست از تلاش برمی‌دارد (شعبانی، ۱۳۹۲).

همچنین اختلال اضطراب اجتماعی با سطوح بالای اختلال کارکردی در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و بین فردی، کیفیت زندگی و دوستی‌ها ارتباط دارد و حتی مقدم بر شروع اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد و سوءمصرف مواد است (عطری، شعیری، رسول زاده طباطبائی، جان بزرگی، آزاد فلاح، بانوپور، ۱۳۹۱)؛ بنابراین لزوم مداخلات درمانی مؤثر، به‌جا و ضروری می‌نماید.

میلر^۲ (۲۰۰۷) و داهلین، ریبرگ، ورنمارک، آناس، کارلبرینگ و اندرسون^۳ (۲۰۱۶) معتقدند است اضطراب اجتماعی، یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی است که فرد خود را در معرض موشکافی دیگران می‌بیند و می‌ترسد، مبادا کاری انجام دهد که باعث خجالت شود یا تحقیرآمیز به نظر بیاید. برای افراد مضطرب از نظر اجتماعی عمده‌ترین نگرانی، ترس از مورد توجه بودن و ارزیابی منفی از طرف دیگران به سبب آشکارسازی علائم اضطراب یا رفتارهای اجتماعی ناپسند است، در واقع، از آنجاکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از ارزیابی منفی دیگران می‌ترسند، این نگرانی منجر به احساسات اضطرابی، افکار و احساسات منفی، هم در موقعیت‌های واقعی و هم در پیش‌بینی موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (لیری، جانگمن^۴، ۲۰۱۴؛ لئونارد و آبرامویچ^۱، ۲۰۱۹).

1. Witt, C.M

2. Miller, C

3. Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., Andersson, G

4. Leary, M. R., & Jongman-Sereno, K. P

در بین ترس‌های اجتماعی، یک رویداد خصوصاً کشاکش برانگیز، سخنرانی در جمع است و در واقع ترس از سخنرانی در جمع رایج‌ترین موقعیت اجتماعی است که مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی از آن می‌ترسند. گذشته از این وجه اشتراک، بین افراد مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی از لحاظ موقعیت‌های که در آن احساس ترس دارند تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. این اختلال به‌عنوان یک اختلال چندوجهی تشخیص داده شده است و مجموعه از رویدادهای فیزیولوژیکی، رفتار کلامی و اعمال حرکتی را در برمی‌گیرد (هافمن، اتو، ۲۰۰۸، ترجمه خانزاده، سلطانی، سعدیان اصل، ۲۰۱۳). اضطراب سخنرانی^۲ بر پایه ترس از رویدادهای غیرقابل مشاهده مانند ارزیابی منفی و انتقاد بوده و افکار منفی ناراحت‌کننده و اجتناب نقش مهمی در این اختلال دارند، این سبک شناختی نه تنها به وخامت اضطراب اجتماعی شدت می‌بخشد بلکه در تداوم این اختلال نقش مهمی ایفا کرده و بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر داشته و عملکرد فرد را از سطح مورد انتظار و بهینه تنزل می‌دهد. این اختلال در نهایت با تردید در توانایی‌ها (طاوسی، شفیع آبادی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۹) و کاهش کارآمدی در ارتباط کلامی همراه بوده و گاهی به پرهیز فرد از آغاز یا ادامه گفتگوها در گروه‌ها، کلاس‌ها، ملاء عام یا مهمانی‌ها منتهی می‌شود که پیامدهای نامطلوبی از نظر حرفه‌ای، اجتماعی و در نهایت سلامت جسمانی برای فرد به بار می‌آورد (ویت براون، رابرتز، ویزل، ساویر، بهنکه^۳، ۲۰۰۶).

خودکارآمدی تحصیلی^۴ به ادراک فرد در ارتباط با شایستگی و قابلیت یادگیری و عملکرد وی در انجام وظایف و تکالیف آموزشی اشاره دارد (بیدل^۵، ۲۰۱۶). اطمینان افراد به توانایی‌های آموزشی خود تحت تأثیر باورهای خودکارآمدی آنهاست، این باورها به طرز قدرتمندی انگیزه تحصیلی و راهبردهای خود نظم جویی آنها را در امر تحصیل و در نهایت موفقیت تحصیلی، تحت تأثیر قرار می‌دهد (سعادت، اصغری، جزایری، ۲۰۱۵). خودکارآمدی جنبه‌های مختلف دارد که در اینجا خودکارآمدی تحصیلی مدنظر است، خودکارآمدی تحصیلی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا است که به‌عنوان قابلیت

1. Leonard, K., Abramovitch, A

2. Anxiety Speech

3. Witt, P. L., Brown, K. C., Roberts, J. B., Weisel, J., Sawyer, C. R., & Behnke, R. R

4. Academic Self-efficacy

5. Bedel, E. F

درک فرد در انجام وظایف الزامی برای رسیدن به اهداف تحصیلی تعریف شده است (سبزیان، قدم پور و میردریکوند، ۱۳۹۸).

آلتون سوی، کیمن، اتیک، آتیک و گومن^۱ (۲۰۱۰) خودکارآمدی تحصیلی را از مفاهیم مرتبط با خودکارآمدی می‌دانند که به باور فرد راجع به توانایی رسیدن به سطح معینی از تکلیف اشاره دارد که به تبع این توانایی، باعث کسب توانایی‌هایی مثل سخنرانی در کلاس می‌شود. این افراد با کنجکاوی و تلاش می‌توانند از راه‌حل‌های مناسب برای حل مشکلات خویش بهره ببرند و از خود مقاومت بیشتری برای حل مسائل تحصیلی نشان می‌دهند (سعادت، اصغری، جزایری، ۲۰۱۵). مطابق نظریه شناختی رفتاری بندورا خودکارآمدی تعیین‌کننده اصلی در افکار، احساسات و رفتار در موقعیت‌های تنش‌آور است (ترنر، ارسک و کمپ^۲، ۲۰۰۵) و نقش حیاتی در خود نظم‌جویی حالت‌های عاطفی دارد (موریس^۳، ۲۰۰۲). همچنین خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای بر خود انگیزشی افراد دارد؛ زیرا باور خودکارآمدی بر گزینش اهداف کشاکش‌آور، میزان تلاش و کوشش در انجام وظایف، میزان استقامت و پشتکاری در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها اثر می‌گذارد (پاجرس^۴، ۲۰۰۲).

از درمان‌های مؤثر در کاهش اضطراب، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد^۵ است. درمان به روش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد نسبت به ۳۰ سال گذشته کمک قابل توجهی به روان‌درمانی کرده است (بالبو؛ کاوالو و فرناندز^۶، ۲۰۱۹). این شیوه 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 دوسویه را شامل می‌شود (شاپیرو^۷، ۲۰۰۱). حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد یک رویکرد روان‌درمانی جامعی است که با

-
1. Altunsoy, S., Çimen, O., Ekici, G., Atik, A. D., & Gökmen, A
 2. Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C
 3. Muris, P
 4. Pajares, F
 5. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
 6. Balbo, M., Cavallo, F., & Fernandez, I
 7. Shapiro, F

نظریه‌های معاصر در زمینه کاهش اضطراب سخنرانی از جمله کاتز، ریزنیک و دکل^۱ (۲۰۰۸) و ماهانی (۲۰۰۶) همخوانی دارد و همچنین کاربرپذیری 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 سازش نایافته 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^۲، ۲۰۱۱). نحوه تأثیر درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد هر چند هنوز به روشنی شناخته نشده است، اما این فن تأکید بر تسهیل نمودن اثرات درمانگری مکانیزم خود التیام بخشی مغز به وسیله قطع پیوندهای قبلی و بی‌ارتباط سازی شبکه‌های نوروفیزیولوژیکی مربوط به خاطره مربوط داشته است. به علاوه به دلیل فاصله فیزیکی میان شبکه‌های کوچک از پیوندهای عصبی، موفقیت در ایجاد پیوند میان آن‌ها به سرعت اتفاق می‌افتد (شاپیرو و لالیوتیس، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، نتایج درمانگری آن نیاز به گذشت زمان طولانی نداشته و در مدتی محدود اتفاق می‌افتد. این موضوع خود منطبق با مدل پردازش سریع اطلاعات بر اساس نظریه لانگک^۳ (۱۹۷۷) است که تبیین‌کننده مکانیسم وقوع سریع اثرات درمانگری حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد است.

اشنایدر، نبوی، هیوفت^۴ (۲۰۰۵) در تحقیقی موردی نشان دادند که بعد از درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بهبودی معنی‌داری در متغیرهای اضطراب و علائم اختلال استرس پس از سانحه همراه با حملات تشنج حاصل می‌شود. در تحقیقات داخلی اصلانی و احمدی (۱۳۸۹) در مقاله‌ای به‌عنوان اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و بازپردازش در کاهش کمرویی و اضطراب سخنرانی در جمع بر روی دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی به این نتیجه رسیدند که این شیوه بر کاهش اضطراب و کم‌رویی از صحبت کردن در جمع مؤثر می‌باشد.

1. Kutz, I., Resnik, V., & Dekel, R

2. Shapiro, F., & Laliotis, D

3. Lang, P. J

4. Schneider, G., Nabavi, D., & Heuft, G

مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب سخنرانی و خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی اثربخش است؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر و پسر دانشگاه خلیج فارس بود. نمونه این پژوهش در مرحله اول ۵۰۰ دانشجو بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس از بین آن‌ها تعداد ۶۰ دانشجو که نمرات بالاتر از ۵۰ (نقطه برش مقیاس اضطراب اجتماعی) کسب کردند مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند که ۳۰ نفر واجد ملاک‌های ورود به پژوهش یعنی دارا بودن اختلال اضطراب اجتماعی، انگیزه‌ی کافی برای شرکت در پژوهش و سن ۱۸ تا ۶۰ سال بودند و به نسبت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های خروج از تحقیق شامل عدم قابلیت اعتماد پاسخ‌ها (همه سؤالات را یک گزینه جواب دادن و یا به صورت ضربدری جواب دادن)، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانگری، دارو درمانگری و مشکلات پزشکی (خشکی چشم‌ها، تشنج، بیماری چشم، مشکلات قلبی یا تنفسی و بارداری) بود که از طریق پرسشنامه بررسی شد.

درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر اساس پروتکل استاندارد ۸ مرحله‌ای شاپیرو (۲۰۱۷) در پنج جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت انفرادی و در مرکز مشاوره دانشگاه خلیج فارس انجام گرفت. مراحل درمان به اختصار شامل:

جدول ۱. پروتکل استاندارد ۸ مرحله‌ای EMDR (شاپیرو، ۲۰۱۷)

تکنیک	مرحله
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.	مرحله اول: تاریخچه
آموزش‌های لازم در مورد روش درمان و آرمیدگی به مراجع داده می‌شود و استعاره‌های لازم به درمان‌جو داده می‌شود به طور مثال تجسم دیدن صحنه‌های آسیب‌زا از طریق تماشای تلویزیون و یا تماشای صحنه‌های آسیب‌زا از پنجره قطار در حالی که مددجو در قطار نشسته و صحنه‌ها را در بیرون از قطار می‌نگرد.	مرحله دوم: آمادگی

تکنیک	مرحله
<p>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 ۷ امتیازی است که در آن عدد ۱ به معنای کاملاً غلط و عدد ۷ نشانه‌ی کاملاً درست می‌باشد. این مقیاس اعتبار شناختواره (VOC) است. وقتی درمان‌جو خاطره و شناخت منفی را در ذهن دارد، لازم است مقیاس دیگری را که مقیاس برآشفستگی ذهنی (SUD) نامیده می‌شود و از ۰ تا ۱۰ طبقه‌بندی شده علامت‌گذاری کند که در آن، ۰ نشانی عدم پریشانی و اضطراب و ۱۰ نشانه بالاترین مقدار اضطراب است.</p>	<p>مرحله سوم: ارزیابی</p>
<p>مرحله حساسیت‌زدایی که دشوارترین و طولانی‌ترین مرحله می‌باشد و طی آن مراجع به 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 سانتی متر از درمان‌جو فاصله دارد. معمولاً ۱۵ تا ۳۰ 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 (شاپیرو، ۲۰۱۷).</p>	<p>مرحله چهارم: حساسیت‌زدایی</p>
<p>درمان کدگذاری نام دارد و هدف آن کار گذاشتن و افزایش نیرومندی شناخت مثبت 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.</p>	<p>مرحله پنجم: کارگذاری</p>
<p>وارسی بدنی است و در آن، درمان‌جو به کاوش در همه اندام‌های بدن از سر تا نوک پا می‌پردازد و تنش و ناراحتی‌های جسمی را شناسایی کرده و با قرار در موقعیت در بافت مجموعه‌های جدید کمک می‌شود.</p>	<p>مرحله ششم: پوشش بدن</p>
<p>خاتمه یا بستن است. در این مرحله درمان‌جو به وضعیت آرمیدگی برگردانده می‌شود و در این مرحله افکار و هیجانات و ویژگی‌های جسمانی به‌طور هم‌زمان بررسی می‌شود.</p>	<p>مرحله هفتم: بستن</p>
<p>مرحله ارزیابی مجدد است. بررسی این که هدف درمان تأمین شده است یا نه و بر اساس آن برنامه‌ریزی برای جلسات بعد انجام می‌شود.</p>	<p>مرحله هشتم: ارزیابی مجدد</p>

بعد از اجرای پس آزمون، داده‌های پژوهش به استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب سخنرانی^۱ (SATI): این پرسشنامه توسط یانگرا، جاسپر و اسمیت^۲ (۲۰۰۴) تدوین شده است، نسخه اولیه پرسشنامه افکار خودکار اضطراب سخنرانی شامل ۳۲ عبارت اصلی طرح شده از افکار منفی است که بر اساس نمونه‌های بالینی که از هراس اجتماعی رنج می‌برند و دانشجویان غیر مضطرب (یانگرا و همکاران، ۲۰۰۴) تهیه شده است. نسخه اصلی این پرسشنامه به زبان کره‌ای تهیه شده است و مطالعات اندکی به زبان انگلیسی در این مورد انجام شده است. با توجه به محدودیت‌های پرسشنامه یادشده و مطالعات روان‌سنجی انجام شده در این زمینه، پرسشنامه جدیدی برای ارزیابی ویژگی‌های شناختی مرتبط با اضطراب سخنرانی تهیه شده، به عبارت دیگر، نسخه اخیر، نسخه معتبری از پرسشنامه افکار خودکار اضطراب سخنرانی (SAATQ) به نام پرسشنامه افکار اضطراب سخنرانی (SATI) است که پس از بازنگری، به ۲۳ عبارت کاهش یافته است. از تحلیل عوامل انجام شده، ۲ عامل به دست آمد که همبستگی بین این دو عامل نیز ۰/۶۴ محاسبه شد. ۱۳ عبارت مربوط به عامل "پیش‌بینی عملکرد ضعیف در سخنرانی" و ۱۰ عبارت برای سنجش "ترس از ارزیابی منفی شنوندگان" است. پاسخ‌های ۲۳ عبارت پرسشنامه در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. ضریب همبستگی بین مجموع عبارات در طیفی از ۰/۵۰ تا ۰/۷۰ قرار دارد که نشانگر قابلیت اعتماد مناسب آزمون است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای کل پرسشنامه و ضریب ۰/۹۱ برای زیرمقیاس پیش‌بینی عملکرد ضعیف در سخنرانی و ضریب ۰/۸۹ برای زیرمقیاس ترس از ارزیابی منفی شنوندگان بیانگر ثبات درونی بالا در کل آزمون و زیرمقیاس‌های آن است. از اجرای مجدد پرسشنامه در یک فاصله ۴ هفته‌ای، پایایی قابل قبولی برای کل مقیاس ($r=0/71$)، برای زیرمقیاس اول ($r=0/73$) و برای زیرمقیاس دوم ($r=0/64$) به دست آمد.

1. Speech Anxiety Inventory

2. Yongrae, C.h. a., jasper, A.J., Smits, b

مقیاس اضطراب اجتماعی^۱: این مقیاس نخستین بار توسط کانور، دیویدسون، چورچیل، شروید، فوآ^۲ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه بیانگر آن است که در سه حیطة علائم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های علمی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری است. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های باثبات روان‌سنجی می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اضطراب اجتماعی، به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی کاربرد داشته باشد و در نهایت این مقیاس می‌تواند درمان‌های با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه از قابلیت اعتماد و درستی بالایی برخوردار است. قابلیت اعتماد آن با فن بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی آن برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است؛ و روایی خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (حسنوند عموزاده؛ باقری و شعیری، ۱۳۸۹). درستی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از قابلیت اعتماد سازه بالا است. بر اساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، 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 غیر مبتلا متمایز می‌کند (کانور و همکاران، ۲۰۰۰).

مقیاس خودکارآمدی تحصیلی^۳: در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی تحصیلی از پرسش‌نامه خودکارآمدی تحصیلی استفاده شده که بخشی از پرسشنامه گرایش تحصیلی (SAO) است که توسط سالمون و راتبلوم^۴ (۱۹۸۴) ساخته شده است. دانشجویانی

1. Social Anxiety Scale

2. Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E

3. Academic Self-efficacy Scale

4. Solomon, L. J., & Rothblum, E. D

که نمره بالاتری کسب کنند، به عنوان دانشجویان خودکارآمد محسوب می‌شوند که در مورد رسیدن به اهداف تحصیلی خود اطمینان می‌کنند (سالمون و راتبلوم، ۱۹۸۴). میزان آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۰ گزارش شده است (دیویدسون، بک، سیلور، ۱۹۹۹). در ایران این مقیاس ترجمه و استفاده شد و پایایی آن با فن بازآزمایی با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد (رفعی، سارمری، نجفی، حقانی، ۲۰۱۴). روایی همگرایی پرسشنامه به روش همبستگی با مقیاس خودکارآمدی تحصیلی سالمون و راتبلوم (۱۹۸۴) بررسی و ۰/۷۳ به دست آمد و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

یافته‌ها

از مجموع شرکت‌کنندگان، ۲۳ نفر (۷۶/۷ درصد) دانشجوی پسر و ۷ نفر (۲۳/۳ درصد) دختر بودند. ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) هم‌زمان مبتلابه یک اختلال روانی بودند و ۳ نفر (۱۰ درصد) سابقه شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانگری داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۲۰/۴۷ (۲/۵۵) و معدل تحصیلی ۱۵/۱۷ (۲/۱۱) بود.

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به همراه مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس‌آزمون تعدیل‌شده (در نتیجه اعمال اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی بر پس‌آزمون) در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های اضطراب سخنرانی، اضطراب اجتماعی و

خودکارآمدی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	زیرمقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون تعدیل‌شده
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب سخنرانی	عملکرد ضعیف در سخنرانی	آزمایشی	۳۹/۹۳	۸/۳۳	۳۲/۸۶	۶/۳۹	۳۵/۰۲
		کنترل	۴۵/۴۰	۸/۷۱	۴۳/۴۰	۹/۰۰	۴۱/۲۴
	ترس از ارزیابی منفی شنوندگان	کل	۴۲/۶۶	۸/۸۲	۳۸/۱۳	۹/۳۵	۳۸/۱۳
		آزمایشی	۳۳/۱۳	۴/۲۰	۲۵/۲۰	۳/۱۸	۲۶/۴۱
		کنترل	۳۵/۹۳	۶/۷۰	۳۶/۰۶	۵/۶۵	۳۴/۸۰
		کل	۳۴/۵۳	۵/۶۷	۳۰/۶۳	۷/۱۳	۶۰/۸

مقیاس	زیر مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون تعدیل شده
	اضطراب سخنرانی	آزمایشی	۷۳/۰۶	۹/۴۹	۵۸/۰۶	۸/۶۳	۶۱/۴۶
		کنترل	۸۱/۳۳	۱۳/۷۳	۷۹/۴۶	۱۳/۳۴	۷۶/۰۶
		کل	۷۷/۲۰	۱۲/۳۴	۶۸/۷۶	۱۵/۵۰	۶۸/۷۶
	ترس	آزمایشی	۱۵/۰۰	۲/۴۲	۹/۲۶	۳/۶۱	۸/۶۲۷
		کنترل	۱۴/۰۰	۴/۸۵	۱۳/۲۶	۵/۰۶	۱۳/۹۰۷
		کل	۱۴/۵۰	۳/۸۰	۱۱/۲۶	۴/۷۷	۱۱/۶۲۷
	اجتناب	آزمایشی	۱۷/۷۳	۲/۸۶	۱۱/۰۶	۳/۴۵	۱۰/۸۸۸
		کنترل	۲۱/۰۰	۴/۹۱	۱۷/۰۶	۵/۶۲	۱۷/۲۴۵
		کل	۱۹/۳۶	۴/۲۸	۱۴/۰۶	۵/۵۰	۱۴/۰۶۶
اضطراب اجتماعی	ناراحتی فیزیولوژیک	آزمایشی	۱۱/۳۳	۵/۲۴	۵/۴۰	۲/۱۳	۴/۹۵۰
		کنترل	۱۰/۲۰	۴/۲۹	۹/۰۰	۳/۲۹	۹/۴۵۰
		کل	۱۰/۷۶	۴/۷۴	۷/۲	۳/۲۸	۷/۲
	اضطراب اجتماعی	آزمایشی	۴۴/۰۶	۵/۳۶	۲۵/۷۳	۶/۰۱	۲۵/۷۳
		کنترل	۴۵/۲۰	۷/۳۶	۳۹/۳۳	۱۱/۸۴	۳۹/۳۳
		کل	۴۴/۶۳	۶/۳۵	۳۲/۵۳	۱۱/۵۳	۳۲/۵۳
خودکارآمدی تحصیلی		آزمایشی	۱۵/۸۰	۲/۸۰	۱۸/۸۶	۲/۲۹	۱۹/۱۶
		کنترل	۱۶/۶۶	۲/۵۲	۱۶/۲۶	۳/۰۳	۱۵/۹۶
		کل	۱۶/۲۳	۲/۶۶	۱۷/۵۶	۲/۹۵	۱۷/۵۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس آزمون تعدیل شده مؤلفه‌های اضطراب سخنرانی و اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تغییر قابل توجهی داشته است. قبل از بررسی نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج مربوط به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره یعنی آزمون‌های باکس و لوین در جدول زیر بررسی شده است.

جدول ۳: نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه* پیش آزمون	آماره لوین	آزمون باکس	لامبدای ویلکز
اضطراب سخنرانی	اضطراب سخنرانی	۲/۷۹ (P=۰/۱۱)	۳/۱۶ (P=۰/۰۸)	۱/۷۰ (P=۰/۱۶)	۳۰/۶۷ (P=۰/۰۰)
	عملکرد ضعیف در سخنرانی	۳/۲۷ (P=۰/۰۸)	۱/۴۶ (P=۰/۲۳)		

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه*پیش‌آزمون	آماره لوین	آزمون باکس	لامبدای ویلکز
	ترس از ارزیابی منفی شنوندگان	۰/۳۴ (P=۰/۵۶)	۲/۶۸ (P=۰/۱۱)		
اضطراب اجتماعی	ترس	۰/۰۳۹ (P=۰/۸۴)	۰/۵۶ (P=۰/۴۵)	۱/۱۵ (P=۰/۳۲)	۱۰/۹۸ (P=۰/۰۰)
	اجتناب	۰/۳۰ (P=۰/۵۸)	۰/۰۵ (P=۰/۸۱)		
	ناراحتی فیزیولوژیک	۱۶/۷۱ (P=۰/۰۰)	۰/۰۲ (P=۰/۸۷)		
	اضطراب اجتماعی	۱/۶۴ (P=۰/۲۱)	۰/۵۷ (P=۰/۴۵)		
خودکارآمدی تحصیلی	-	۴/۰۱ (P=۰/۵۶)	۰/۰۰ (P=۰/۹۳)	-	-

با توجه به عدم معنی‌داری آزمون‌های باکس و لوین در جدول ۳، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و شرط برابری واریانس‌های بین گروهی به‌درستی رعایت شده است؛ بنابراین امکان گزارش نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره وجود دارد. همچنین نتایج لامبدای ویلکز به‌عنوان یکی از شاخص‌های قابلیت اعتماد آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های اضطراب سخنرانی، اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) و دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های اضطراب سخنرانی (عملکرد ضعیف در سخنرانی، ترس از ارزیابی منفی شنوندگان) و همچنین از نظر خودکارآمدی تحصیلی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد که در ادامه به بررسی محل تفاوت‌ها می‌پردازیم.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا جهت مقایسه مؤلفه‌های اضطراب سخنرانی، اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مؤلفه‌ها	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب سخنرانی	عملکرد ضعیف در سخنرانی	۲۵۶/۳۹۵	۱	۲۵۶/۳۹۵	۱۱/۳۳۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰۴	۰/۹۰۰
	ترس از ارزیابی منفی شنوندگان	۴۶۱/۴۸۸	۱	۴۶۱/۴۸۸	۵۵/۴۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱	۱/۰۰۰
	اضطراب سخنرانی	۱۴۱۲/۷۶۴	۱	۱۴۱۲/۷۶۴	۴۲/۷۰۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۳	۱/۰۰۰
اضطراب اجتماعی	ترس	۱۷۶/۵۶۶	۱	۱۷۶/۵۶۶	۱۸/۵۴۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶	۰/۹۸۵
	اجتناب	۲۵۵/۹۶۵	۱	۲۵۵/۹۶۵	۱۲/۵۷۲	۰/۰۰۲	۰/۳۳۵	۰/۹۲۶
	ناراحتی فیزیولوژیک	۱۲۸/۲۹۳	۱	۱۲۸/۲۹۳	۲۲/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۴۷۴	۰/۹۹۵
	اضطراب اجتماعی	۱۲۱۶/۴۶۶	۱	۱۲۱۶/۴۶۶	۱۷/۵۱۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹۳	۰/۹۸۱
خودکارآمدی تحصیلی	-	۷۴/۶۲۴	۱	۷۴/۶۲۴	۱۸/۷۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	۰/۹۸۷

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد در مؤلفه عملکرد ضعیف در سخنرانی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F_{11/33} = 11.33$; $P < 0.01$; $\eta^2 = 0.30$) وجود دارد. به این معنی که ۳۰ درصد تفاوت گروه‌ها در عملکرد ضعیف در سخنرانی به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد. در مؤلفه ترس از ارزیابی منفی شنوندگان بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F_{55/48} = 55.48$; $P < 0.01$; $\eta^2 = 0.68$) وجود دارد. به این معنی که ۶۸ درصد تفاوت گروه‌ها در ترس از ارزیابی منفی شنوندگان به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد. در متغیر اضطراب سخنرانی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F_{42/70} = 42.70$; $P < 0.01$; $\eta^2 = 0.61$)

وجود دارد. به این معنی که ۶۱ درصد تفاوت گروه‌ها در اضطراب اجتماعی به درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد در مؤلفه ترس بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=18/54$ ؛ $P<0/01$ ؛ $\eta^2=0/42$) وجود دارد. به این معنی که ۴۲ درصد تفاوت گروه‌ها در عملکرد ضعیف در سخنرانی به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد. در مؤلفه اجتناب بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=12/57$ ؛ $P<0/01$ ؛ $\eta^2=0/33$) وجود دارد. به این معنی که ۳۳ درصد تفاوت گروه‌ها در اجتناب به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد. در مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=22/51$ ؛ $P<0/01$ ؛ $\eta^2=0/47$) وجود دارد. به این معنی که ۴۷ درصد تفاوت گروه‌ها در ناراحتی فیزیولوژیک به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد. در متغیر اضطراب اجتماعی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=17/51$ ؛ $P<0/01$ ؛ $\eta^2=0/39$) وجود دارد. به این معنی که ۳۹ درصد تفاوت گروه‌ها در اضطراب اجتماعی به درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد.

در متغیر خودکارآمدی تحصیلی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=18/75$ ؛ $P<0/01$ ؛ $\eta^2=0/41$) وجود دارد. به این معنی که ۴ درصد تفاوت گروه‌ها در خودکارآمدی تحصیلی به درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد اختصاص دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر خودکارآمدی تحصیلی و اضطراب سخنرانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که به کارگیری مداخله درمانگری حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد موجب بهبود معنی‌دار اضطراب اجتماعی و اضطراب سخنرانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌شود. یافته‌های حاصل از این پژوهش با

نتایج پژوهش‌های عربی، مانکا، سالمون^۱ (۲۰۱۱)، کاتز (۲۰۰۸)، ماهانی (۲۰۰۶)، اشنایدر، نبوی، هیوفت (۲۰۰۵)، اصلانی و احمدی (۱۳۸۹) همسو است که اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد را بررسی و تأیید کردند.

همان‌طور که مشاهده شد، درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها باید به مکانیسم اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد اشاره کرد. این شیوه درمان فنی است که شامل حساسیت‌زدایی منظم و مواجهه تصویری است و افراد یاد می‌گیرند با تمرکز بر موقعیت‌های ترسناک و احساسات و افکار مرتبط با آن، افکار ناراحت‌کننده‌شان را تصحیح کنند (هبر، کلنر و یهودا^۲، ۲۰۰۲). شاید بتوان بهترین دلیلی که برای تأثیرگذاری بیشتر 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 بیمارگون عواطف، رفتارها، شناخت‌ها، احساس‌ها و ساختارهای مربوطه می‌شوند و این اطلاعات به‌صورت راکد و حل‌نشده در فیزیولوژی اعصاب گیر می‌کنند و باعث شکل‌گیری افکار مزاحم، رفتار اجتنابی و واکنش‌های دیگر در فرد می‌شوند، وقتی خاطره آسیب‌زا در دسترس قرار بگیرد، نظام پردازش اطلاعات فعال می‌شود، هم‌زمان با آن عواطف، افکار و احساس‌ها را تغییر می‌دهد (دولت‌آبادی، ۱۳۷۸).

در تبیین تأثیر حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب سخنرانی می‌توان گفت در درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد از طریق مکانیزم خود التیام بخشی مغز به‌وسیله قطع پیوندهای قبلی و بی‌ارتباط‌سازی شبکه‌های نوروفیزیولوژیکی مربوط به خاطره با در نظر گرفتن فاصله فیزیکی ناچیز میان شبکه‌های کوچک از پیوندهای عصبی، موفقیت در ایجاد پیوند میان آن‌ها به‌سرعت اتفاق می‌افتد. همچنین، در فن درمانگری حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بیماران تشویق می‌شوند تا به جزئیات مربوط به افکار منفی توجه نمایند و هیچ تلاشی در

1. Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon, R. M

2. Heber, R., Kellner, M., & Yehuda, R

جهت هدایت این فرایند انجام ندهند، چنین حالتی یک وضعیت پویا و سیال را در مواجهه مجدد در مقایسه با سایر فن‌های مبتنی بر مواجهه و به‌وسیله فراخوانی مجدد پاسخ‌های هیجانی در مقابل محرک‌های مختلف مربوط به افکار منفی، ایجاد و مورداستفاده قرار می‌دهد. چنین حالت سیال و پویایی درنهایت منجر به وقوع خاموش از نوع پاولفی در رفتارهای غیر انطباقی می‌گردد (رنفری و اسپتس^۱، ۱۹۹۴). آنچه در اینجا در مورد پردازش اطلاعات ذکر شد، بیشتر مربوط به خاطرات گذشته است ولی شاپیرو معتقد است اضطراب‌ها تنها اختلالاتی هستند که نیاز به خاطره آزاردهنده ندارند و می‌شود روی موقعیت‌هایی کارکرد که قرار است فرد در آینده با آن‌ها روبرو شود (شاپیرو، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد که فن درمانگری حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد موجب کاهش حساسیت‌ها نسبت به محرک‌ها و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دل‌سردکننده و رفتارهای نشانگر اضطراب در افراد و آزمودنی‌ها می‌شود (بیابانگرد، ۲۰۰۸).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که به‌کارگیری مداخله درمانگری حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد موجب بهبود معنی‌دار خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌شود. در رابطه با اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر خودکارآمدی تحصیلی، گوسلین و متئوس^۲ (۱۹۹۵) فن آموزش مهارت توجه را به شکل حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد در ایجاد خودکارآمدی تحصیلی موردبررسی قرار دادند. آن‌ها در یافته‌های خود نشان دادند، آزمودنی‌هایی که در موقعیت آموزش قرار گرفتند احساس خودکارآمدی بیشتری نسبت به آن‌هایی که تحت آموزش قرار نگرفتند؛ تجربه کردند.

در رابطه با تأثیرگذاری این شیوه، می‌توان به تأثیر آن بر یکپارچگی فعالیت قشر تازه مخ و آمیگدال اشاره کرد. پردازش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به تدریج اجازه می‌دهد تا فعالیت ناحیه حساس شده لیمبیک و پل مغزی، کاهش پیدا کند و بدین ترتیب عملکرد قشر بالاتر، تسهیل شود (هوپنوسر، ۱۹۹۸؛ به نقل از وزیری، ۱۳۹۰). در سایر شرایطی که شناخت در دسترس نیست، تمرکز بارز بر احساسات بدنی منجر به بهبود نشانه‌ها از طریق بازسازی لوکوس سرولتوس و آمیگدال می‌شود و زمانی که

1. Renfrey, G., & Spates, C. R
2. Gosselin, P., & Matthews, W. J

برانگیختگی سلول‌های راه‌انداز نورآدرنالین کاهش یابد ادراکمان از خودمان تغییر می‌کند و به لحاظ شناختی، قادر به تعبیر و تفسیر و تقویت خود می‌شویم و تبیین‌های انطباقی‌تر برای تجارب آسیب‌زای خود پیدا می‌کنیم (هوپنوسر، ۱۹۹۸؛ به نقل از وزیری، ۱۳۹۰). همان‌گونه که برگمن^۱ (۱۹۹۸) عقیده دارد پردازش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد تدریجی قابلیت بالاتر عملکردها را جهت لغو درون داد ساخت‌های لیمبیک فراهم می‌کند و از این رهگذر تسهیل کاهش فعالیت لیمبیک، کاهش برافروختگی و در نتیجه تلفیق تالاموس، آمیگدال، هیپوکامپ و عملکرد مغزی منسجم را به دنبال می‌آورد، از طرفی به نظر می‌رسد حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد برتری جانبی نیمکره‌ای را تصحیح کرده و به مغز اجازه می‌دهد عملکرد درون نیمکره‌ای متعادلی را به‌خودی‌خود حفظ کند.

به‌طورکلی شاپیرو بر این عقیده است که هر اختلال روانی به دنبال آسیب روانی آمده و آسیب‌های روانی را به دو بخش آسیب بزرگ و آسیب کوچک تقسیم‌بندی کرده است و اظهار دارد که این آسیب‌ها به دنبال مسدود شدن یا گیرکردن اطلاعات به‌صورت پردازش‌شده در سیستم پردازش اطلاعات انطباقی فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، فطری و سازگارانه فرد می‌آیند (شاپیرو، ۲۰۰۷).

یکی از محدودیت‌هایی که این تحقیق با آن روبرو بود مربوط به انتخاب نمونه در یک بازه زمانی نسبتاً طولانی ۵ ماهه بود که باعث ایجاد محدودیت زمانی برای مطالعات پیگیری بعدی شد. مقایسه اثربخشی این فن درمانگری با درمان‌های مرسوم می‌تواند اثرات خالص این شیوه درمانگری را به شکل مقایسه‌ای نشان دهد.

درنهایت پیشنهاد می‌گردد که درمانگران درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد را به‌عنوان یک فن درمان جدید و چندبعدی در کنار درمان‌های دیگر برای درمان اختلالات اضطرابی استفاده کرده و این روی‌آورد درمانگری را نسبت به سایر روی‌آوردها در درمان اختلال اضطرابی در اولویت بالاتری قرار دهند؛ و همین‌طور پیشنهاد می‌گردد که در کنار درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد با توجه به نیاز مبرم به ارزیابی میزان اضطراب با شاخص‌های دقیق فیزیولوژیکی، سنجش و نظارت بر فعالیت‌های دستگاه عصبی خودکار در موارد اختصاصی مانند ضربان قلب، ریتم

صادق حکمتیان فرد، سوران رجیبی، فریده سادات حسینی | ۲۵۵

تنفس، مهار جریان الکتریکی پوست آن‌هم در حین جلسات درمان و پس از درمان انجام شود.



منابع

- بشارت، محمدعلی؛ حافظی، الهه؛ رنجبر شیرازی، فرزانه و رنجبری، توحید (۱۳۹۷). مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلابه افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و جمعیت عمومی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۷(۶۶)، ۱۷۶-۱۹۹.
- حسنوند عموزاده، مهدی؛ باقری، اکرم؛ و شعیری، محمدرضا (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری ۲۴ اردیبهشت - بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- خورشید زاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۶)، ۷-۳۹.
- سبزیان، سعیده؛ قدم پور، عزت اله و میردريکوند، فضل‌الله (۱۳۹۸). ارائه مدل علی درگیری تحصیلی و اخلاق تحصیلی با تقلب تحصیلی: نقش میانجیگری خودکارآمدی تحصیلی. مجله روانشناسی مدرسه، ۸(۴)، ۱۳۱-۱۵۵.
- سپهوند، تورج و مرادی، فاطمه (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در نمونه‌های غیر بالینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۰(۴)، ۲۳-۳۴.
- شعبانی، حسین (۱۳۹۲). مشکلات ناشی از عدم خودکارآمدی تحصیلی و عوامل آشفستگی. روش‌ها، فنون و الگوهای تدریس. تهران، انتشارات سمت.
- طاوسی، سمیرا؛ شفیق آبادی، فضل‌الله و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تربیت جنسی به مادران بر اضطراب دختران پایه پنجم و ششم شهرستان قدس. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۱)، ۱۱۷-۱۳۸.
- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ جان بزرگی، مسعود؛ آزاد فلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۳(۹)، ۲۴-۵۱.

Abbasnejad, M., Mahani, K. N., & Zamiad, A. (2006). *Efficiency of eye movement desensitization reprocessing in reducing unpleasant*

- feelings resulting from earthquake experience*. Psychological Research Journal, 3(4), 105-4.
- Altunsoy, S., Çimen, O., Ekici, G., Atik, A. D., & Gökmen, A. (2010). *An sssssnnnt ff tee fctsss tttt infleccce ii ll ggy tccrrr nnn"aaate" levels of academic self-efficacy*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2(2), 2377-2382.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amir, N., Taboas, W., Montero, M. (2019). *Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized clinical trial*. Behavior Research and Therapy, 120, 103-109.
- 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.
- Aslani, J.; Ahmadi; M. (2011). *Effectiveness of sensitization through eye movement and re-processing in speech and shyness*. Graduate dissertation. Allameh Tabatabaei University.13-232. (Persian)
- Balbo, M., Cavallo, F., & Fernandez, I. (2019). *Integrating EMDR in psychotherapy*. Journal of Psychotherapy Integration, 29(1), 23-32.
- Bedel, E. F. (2015). *Exploring academic motivation, academic self-efficacy and attitudes toward teaching in pre-service early childhood education teachers*. Journal of Education and Training Studies, 4(1), 142-149.
- Bergmann, U. (1998). *Speculations on the neurobiology of EMDR*. Traumatology, 4(1), 4-16.
- Byabangard., A (2008). *Efficacy of sensitization through eye movement and re-processing to reduce anxiety*. Tehran, Islamic Culture Publishing Office. 53- 233. (Persian)
- Chang, S., Abdin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J.A., Ma, S., Chong, S.A., Subramaniam, M. (2019). *Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study*. Journal of Anxiety Disorders, 66, 102-108.
- 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.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., Andersson, G. (2016). *Internetdelivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study*. Internet Interventions, 6, 16-21.
- Davidson, W. B., Beck, H. P., & Silver, C. N. (1999). *Development and validation of scores on a measure of six academic orientations in college students*. Educational and Psychological Measurement, 59(4), 678-693.

- Dolatabadi, Sh. (2000). *Decontamination with eye movement and its processing and comparing its effectiveness with regular dehiscent treatment in the treatment of distressing memories in a group of general students of Tehran University*. Ph.D., Allameh Tabatabaei University.
- Gosselin, P., & Matthews, W. J. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety: A study of the effects of expectancy and eye movement*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(4), 331-337.
- 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.
- Huffman, Stephen., Otto, Michael W. (2008). *Cognitive-behavioral therapy of social anxiety*. Translation by Mostafa Khanzadeh, Ismail Soltani, and Mohsen Saeidian Asl(2013). *First Printing, Tehran: Ava Nour Publishing*.
- 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.
- Lang, P. J. (1977). *Imagery in therapy: An information processing analysis of fear*. *Behavior Therapy*, 8(5), 862-886.
- Leary, M. R., & Jongman-Sereno, K. P. (2014). *Social anxiety as an early warning system: A refinement and extension of the self-presentation theory of social anxiety*. In *Social Anxiety (Third Edition)* (pp. 579-597).
- Leonard, K., Abramovitch, A. (2019). *Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder*. *European Psychiatry*, 56, 1-7.
- Mahani, K. (2006). *The efficiency of eye movement desensitization reprocessing in reduction of unpleasant feelings from earthquake experience*, *psychometrics researchs journal*, 3, 9, 104.
- Miller, C. (2007). *Social anxiety disorder (social phobia) symptoms and treatment*. *J Clin Psychiatry*, 62(12), 9-24.
- Muris, P. (2002). *Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample*. *Personality and individual differences*, 32(2), 337-348.
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., ... & Smith, M. (2019). *Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder*. *Behavior therapy*, 50(1), 126-139.
- Pajares, F. (2002). *Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning*. *Theory into practice*, 41(2), 116-125.
- Rafii, F., Saremi rasouli, F., Najafi ghezljeh, T., Haghani, H. (2014). *The Relationship between Academic Procrastination, Academic*

- Achievement, and Self-Efficacy in Nursing Students of Tehran University of Medical Sciences.* Iran J Med Educ;14(1):32-40. [Persian].
- Rector, N. A., Laposa, J. M., Kitchen, K., Bourdeau, D., & Joseph-Massiah, L. (2016). *Anxiety disorders: An information guide*. camh, Centre for Addiction and Mental Health.
- Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). *Eye movement desensitization: A partial dismantling study*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25(3), 231-239.
- Saadat, S., Asghari, F., & Jazayeri, R. (2015). *The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan*. Iranian Journal of Medical Education, 15, 67-78.
- Schneider, G., Nabavi, D., & Heuft, G. (2005). *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder in a patient with comorbid epilepsy*. Epilepsy & Behavior, 7(4), 715-718.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2011). *EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization*. Clinical Social Work Journal, 39(2), 191-200.
- Shapiro, S. L. (2007). *Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training*. Training and education in professional psychology, 1(2), 105.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). *Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates*. Journal of counseling psychology, 31(4), 503.
- Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). *Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain*. The Journal of pain, 6(7), 471-479.
- Waziri, Sh. Lotfi Kashani, F, Ab Yar Hussein, A. (2012). *Application of sensitization through eye movement and re-processing for the treatment of obsessive-compulsive disorder*. Thought and behavior stance; Volume V 20th.
- Witt, C.M. (2005). *Problems due to inability to speak*. BMC Public Health5.1(2005): 115.
- Witt, P. L., Brown, K. C., Roberts, J. B., Weisel, J., Sawyer, C. R., & Behnke, R. R. (2006). *Somatic anxiety patterns before, during, and after giving a public speech*. Southern communication journal, 71(1), 87-100.

Yongrae, C.h. a., jasper, A.J., Smits, b. (2004). *The Speech Anxiety Thoughts Inventory: scale development and preliminary psychometric data*. Behaviour Research and Therapy, 42(1), 13-25.

