

اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر کاهش علائم جسمی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی

ندا عاصمی زواره^۱، دکتر کریم عسگری^۲، دکتر احمد چیت ساز^۳، دکتر حسینعلی مهرابی^۴، انیس جهانبازی^۱

نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روان شناسی neda.asemi@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۶/۱۵ پذیرش: ۹۲/۵/۷

چکیده

زمینه و هدف: سرگیجه از نشانه‌های رایج در بیمارانی می‌باشد که به پزشکان عمومی و نورولوژیست‌ها مراجعه می‌کنند که ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد علل غیرارگانیک دارد. لذا انتظار می‌رود مداخلات روان‌شناختی بتواند سهم به‌سزایی در بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و خانوادگی این بیماران داشته باشد و به این واسطه در کاهش علائم سرگیجه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات سرگیجه‌ی روان‌تنی نقش داشته باشد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش علائم جسمی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه بیماران زن مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی بود.

روش بررسی: این پژوهش به روش تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. نمونه شامل ۲۸ بیمار زن مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی با تشخیص متخصص مغز و اعصاب بود که به شیوه‌ی تصادفی به‌عنوان نمونه از جامعه‌ی آماری انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۴ نفر) و گواه (۱۴ نفر) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از زیر مقیاس‌های پرسشنامه‌ی SCL-90-R و مقیاس شدت علائم سرگیجه VSS-SF استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. مداخله‌ی شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه‌ی ۲/۵ ساعته و به مدت ۲/۵ ماه در گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات علائم جسمی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط متقابل و نشانه‌های سرگیجه در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کاهش علائم جسمانی سازی، وسواس- اجبار و حساسیت در روابط متقابل در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود.

واژگان کلیدی: مدیریت شناختی رفتاری استرس، جسمانی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط متقابل، سرگیجه‌ی روان‌تنی

مقدمه

چشم‌اندش را ببندد، می‌پندارد که خودش به دور محیط می‌گردد که علت آن معمولاً آسیب سیستم وستیبولر

سرگیجه‌ی واقعی عبارت است از حالتی که بیمار احساس می‌کند محیط پیرامون او گرد سرش می‌چرخد و یا اگر

۲- دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه اصفهان

۴- دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه اصفهان

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۳- متخصص مغز و اعصاب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

و ارتباطات مرکزی آن می باشد. بیمار این احساسات را به صورت مختلف بیان می کند (۱). احساس منگی و پری در سر، وجود سختی و گذاشتن سر زیر منگنه، چرخش در سر، سبکی سر و ترس از افتادن معمولاً شکایاتی هستند که بیماران مبتلا به سرگیجه های غیر واقعی از آن شکایت دارند و در غالب موارد علت غرارگانیک و مسایل روحی روانی داشته، در تعدادی از بیماران اختلال سیستمیک مطرح است. به طور کلی از علل شایع و مهم سرگیجه می توان به آسیب های دهلیزی، آسیب های زاویه ی پل مخچه، اختلالات گردش خون سپین مغز، آسیب های مخچه، آسیب های قشر گیجگاهی و علل روانی (اضطراب، افسردگی، حملات ترس ناگهانی، سندرم هیپرونتیلیسیون) اشاره کرد (۲). اصولاً سرگیجه را به دو دسته ی سرگیجه های محیطی و مرکزی تقسیم می کنند. آسیب سیستم وستیبولر در گوش داخلی و عصب وستیبولر عمل محیطی سرگیجه را تشکیل می دهند و آسیب هسته ها و ارتباطات وستیبولر در ساقه مغز باعث سرگیجه مرکزی می شوند (۳). مطالعات اخیر به شناسایی و معرفی نوعی سرگیجه پرداختند که یا به صورت ارگانیکی درست تشریح نشده اند و یا ناشی از یک اختلال روانپزشکی می باشد. لذا آن را در دسته ی اختلالات روان- تنی جای می دهند (۴). پژوهشگران به سندرم سرگیجه شبیه جسمی (روان- تنی) اشاره کرده اند (۵ و ۶) و بیان کردند که ۳۰ تا ۵۰ درصد اختلالات سرگیجه مزمن به صورت ارگانیکی قابل بیان نیستند و در دسته ی اختلالات روان- تنی قرار می گیرند. معمولاً اصطلاح روان- تنی هنگامی به کار می رود که شخص دارای نشانه های فیزیکی و جسمی است که به نظر می رسد به طور عمده به دلیل عوامل روان شناختی ایجاد یا تشدید شده اند (۷). ظهور و بروز اختلالات روان- تنی نیازمند آن است که عوامل روان شناختی و نشانه های جسمی به طور همزمان در پیوند با یکدیگر باشند. در تبیین سرگیجه ی روان تنی ۲ مدل ارائه شده است (۸):

۱- مدل سایکوسوماتیک: در این مدل سرگیجه بیماران بدون وجود هرگونه بیماری ارگانیک اولیه ایجاد شده است و درحقیقت تظاهری از یک اختلال روان پزشکی است (سرگیجه ی روان- تنی اولیه) (۹). اختلالات اضطرابی و هراس شایع ترین علل زمینه ساز این نوع سرگیجه هستند (۱۰). همچنین حملات سرگیجه می تواند تظاهری از یک اختلال پانیک باشد (۱۱).

۲- مدل سوماتوسایکیک: تاثیر پاتولوژیک اختلال ارگانیک بر ذهن بیمار است به گونه ای که منجر به تداوم علائم سرگیجه علی رغم برطرف شدن اختلال ارگانیک زمینه ای می شود (۱۲). بیماران دچار بیماری های دهلیزی حاد که علی رغم درمان های موجود بهبود نیافته اند و در خطر سرگیجه ی طولانی مدت و ناتوانی در زندگی روزمره هستند و اغلب علت آن تشخیص داده نمی شود (سرگیجه ی روان- تنی ثانویه) (۱۳).

سرگیجه ی روان- تنی بدون نشانه های روان شناختی رخ می دهد و این امر اغلب باعث می شود که بیمار به متخصصین مغز و اعصاب و یا سایر متخصصین مراجعه کند. اکهارت- هن و همکاران (۶) در مطالعه ای تحت عنوان سندرم سرگیجه ی شبه جسمانی اشاره می کنند که نزدیک به ۵۰ درصد از بیماران در تجربه ی کلی پزشکی شان از سرگیجه رنج می برند و در سرگیجه ی تخصصی شده ی بالینی تقریباً نیمی از بیماران یک سرگیجه ی روان- تنی اولیه یا ثانویه را تجربه می کنند. در مطالعات کلارک، لزل و جاکوب (۱۴)، کلارک و همکاران (۱۵)، ایگر دیگران (۱۶)، جاکوب و همکاران (۱۷)، کروئنگه و همکاران (۱۸) و اکهارت- هن و همکاران (۱۹) به وجود اختلالات روانپزشکی در مبتلایان به سرگیجه اشاره شده است. همچنین در پژوهش اکهارت- هن و دیگران (۹) در مطالعه ای که با هدف تخمین نسبت اختلالات روانپزشکی و پزشکی در مبتلایان به سرگیجه انجام دادند، وجود یک اختلال روانپزشکی را در ۶۸/۲۵ درصد از بیماران گزارش کردند که این درصد بالاتر از درصدهای گزارش شده در

روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران زن مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی مراجعه‌کننده به متخصصین مغز و اعصاب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بود. با توجه به امکانات موجود ۲۸ زن مبتلا به سرگیجه روان-تنی به شیوه‌ی در دسترس به‌عنوان نمونه از جامعه آماری انتخاب شدند و به شکل تصادفی در گروه آزمایش (۱۴ نفر) و گواه (۱۴ نفر) گمارده شدند. این بیماران توسط متخصصین مغز و اعصاب و انجام آزمایشات پزشکی تشخیص سرگیجه روان-تنی گرفته بودند. در مرحله‌ی بعد، اعضا به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت مونث، سابقه‌ی حداقل ۳ ماه شکایت از سرگیجه، سطح تحصیلات سیکل به بالا، عدم وجود عارضه‌ی بدخیم یا بیماری شناخته شده سیستم عصبی مرکزی، عدم وجود اختلالات شناختی به علت بیماری مغزی یا روان پریشی، عدم دریافت روان‌درمانی اخیر، تمایل به عدم استفاده از داروهای روان پزشکی در طول مدت درمان و رضایت به شرکت در تمام آزمون‌های تشخیصی و جلسات مداخله‌ی روانی-آموزشی بود و ملاک خروج غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود. یکی از ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مقیاس بود. این آزمون یک ابزار خودسنجی شامل ۹۰ سوال می‌باشد و علایم روانی را در ۹ بعد مختلف ارزیابی می‌نماید. دراگوتیس (۱۹۸۳) جهت سنجش پایایی ابعاد نه گانه‌ی این آزمون از دو روش محاسبه‌ی پایایی درونی و پایایی به روش آزمون مجدد استفاده کرده است. پایایی درونی این ابزار برای ۹ محور رضایت بخش بوده است. پایایی بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بوده است. در بررسی که در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار صورت گرفته، پایایی این آزمون در تمام مقیاس‌ها به استثنای پرخاشگری، ترس

پژوهش‌های قبلی است. همچنین در مطالعه‌ای که توسط گارسیا و همکاران (۲۰) بر روی بیش از ۴۳ بیمار مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی با مقیاس SCL-۹۰-R انجام گرفت، اختلال جسمانی‌سازی با ۴۱/۹ درصد، وسواس فکری - عملی با ۵۲/۵ درصد و حساسیت در روابط متقابل با ۱۸/۶ درصد بیشترین فراوانی را در مبتلایان به سرگیجه‌ی روان‌تنی داشته‌اند. در درمان اختلالات روان-تنی از رویکردهای مختلفی ازجمله تکنیک‌های رفتاری و فنون آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های رفتاری، حساسیت‌زدایی منظم، پس‌خوراند زیستی، مراقبه و مدیریت استرس استفاده شده است (۲۱). برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش استرس را با رویکرد شناختی رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم ترکیب کرده است (۲۲). از آنجایی که سرگیجه از نشانه‌های رایج در بیمارانی است که به متخصصین مختلف مخصوصاً نورولوژیست‌ها مراجعه می‌کنند و در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد علل غیرارگانیک دارند و در مطالعاتی که از روش‌های درمان شناختی-رفتاری در ترکیب با فنون آرام‌سازی در درمان مبتلایان به سرگیجه استفاده کرده‌اند به اثر بخشی این شیوه‌ی درمانی در کاهش علایم مربوط به سرگیجه اشاره کرده‌اند (۲۱ و ۷) و در داخل کشور پژوهشی در رابطه با مبتلایان به سرگیجه روان-تنی و به‌کارگیری رویکردهای روان شناختی در بهبود علایم روان‌شناختی این بیماران انجام نشده است، لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش علایم جسمی سازی، وسواس فکری - عملی، حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه در بیماران مبتلا به سرگیجه روان-تنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه بود.

مرضی و افکار پارانوئید بیش از ۸۰ درصد بوده و اعتبار سازه به دست آمده همگی نشان دهنده‌ی این است که این ابزار می‌تواند به عنوان وسیله‌ی غربالگری یا تشخیصی اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود (۲۳). در این پژوهش با توجه به مطالعه‌ی گارسیا (۲۰۱۰) و شیوع بیشتر این سه اختلال از بعد جسمی سازی، وسواس فکری عملی و حساسیت در روابط بین فردی این آزمون استفاده شد. ۱۲ سوال این آزمون به بعد جسمی سازی (شکایات جسمانی) مربوط می‌شود که در این بعد مربوط به ناراحتی‌های ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است. ۱۰ سوال این آزمون به بعد وسواس فکری عملی مربوط می‌شود. علایمی در این بعد گنجانده شده‌اند انطباق زیادی با شکل تابلوی بالینی وسواسی دارند. ۹ سوال این آزمون به بعد حساسیت در روابط بین فردی مربوط می‌شود که به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه‌ی با دیگران تکیه می‌کند. هریک از سوالات آزمون از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی که از نمره‌ی صفر "هیچ" تا "چهار" به شدت می‌باشد تشکیل شده است. همچنین فرم کوتاه مقیاس اندازه‌گیری شدت سرگیجه که جهت ارزیابی شدت سرگیجه بیماران توسط یاردلی و همکاران (۲۳) طراحی شده است و به منظور ارزیابی روانسنجی بیماران استفاده می‌شود. میزان قابلیت اطمینان تست بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بوده است. این ابزار روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به این گونه که هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، بسیاری از اوقات (۲)، غالباً هر هفته (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌شود. زیر مقیاس‌های جسمی سازی، وسواس فکری عملی و حساسیت در روابط بین فردی پرسشنامه SCL-۹۰-R و مقیاس VSS-SF در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از اتمام جلسات) توسط شخص آموزش دیده‌ای غیر از پژوهش‌گر به منظور جلوگیری از سوگیری در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. درمان شناختی

رفتاری مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه ۲/۵ ساعته‌ی هفتگی و به مدت ۲/۵ ماه در آزمایشگاه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان توسط پژوهش‌گر و یک همکار کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بر روی گروه آزمایش اجرا شد و به اعضای گروه آزمایش کتاب کار مدیریت شناختی رفتاری استرس که حاوی تکالیف خانگی هر جلسه بود، داده شد. در پایان تمامی کسانی که ۸ جلسه‌ی تمام در این جلسات شرکت داشتند مورد تحلیل قرار گرفتند که این افراد ۱۲ نفر بودند و به منظور همسان‌سازی دو نفر از گروه گواه نیز حذف گردید. برنامه‌ی مدیریت استرس به کارگرفته شده در این پژوهش برگرفته از کتاب، مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری از آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن (۱۳۸۸) می‌باشد و با توجه به نتایج مطالعات اخیر در این مطالعه نیز به کارگرفته شده است. در آغاز جلسه‌ی اول، در مورد طرح کلی برنامه اطلاعاتی به شرکت‌کنندگان ارائه شد و اعضا با یکدیگر آشنا شدند. در بخش بعدی جلسه‌ی اولین مولفه‌ی مدیریت استرس معرفی شد؛ که شامل آگاه شدن از عوامل استرس‌زا برای اعضای گروه و پاسخ‌های جسمی استرس در آن‌هاست. در آخرین بخش جلسه، اولین تمرین آرمیدگی به نام آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای آموزش داده شد. در جلسه‌ی دوم به بیماران آموزش داده شد که چگونه استرس می‌تواند الگوهای تفکر، حالت هیجانی، رفتار، حس‌های بدنی، و سطوح تنش و همچنین روش‌هایی که افراد با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند را تحت تاثیر قرار دهند. اهمیت آگاهی در مدیریت استرس، مورد بحث قرار گرفت. در طول جلسه، اعضای گروه در تمرین‌هایی شرکت کردند که به آن‌ها کمک می‌کند تا از نشانه‌های جسمی خود و ارتباط آن‌ها با افکار و احساسات‌شان، آگاه‌تر شوند. همچنین به تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی ادامه دادند؛ با این تفاوت که این بار، تنها با ۸ گروه ماهیچه‌ای به جای ۱۶ گروه، کار کردند. در بخش مدیریت استرس جلسه‌ی سوم، بیماران آموختند که چگونه

افکار، هیجانات و حس‌های بدنی با یکدیگر در ارتباط متقابل هستند و قادرند چرخه‌ای را ایجاد کنند که می‌تواند منجر به پیامدهای منفی شود. در این برنامه به بیماران آموزش داده شد که چگونه با تغییر در ارزیابی‌های خود از موقعیت‌های پراسترس، این چرخه را در سطح افکار قطع کنند. همچنین، گام‌های فرایند ارزیابی، مطرح شد. اعضا، اولین گام‌های فرایند ارزیابی را از طریق آگاه شدن از افکار منفی و ارتباط آن‌ها با هیجانات و حس‌های بدنی، تمرین کردند. در بخش آرمیدگی، تکنیک تنفسی به اعضا آموخته شد که تنش و استرس را با آن کاهش دهند. همچنین چگونگی استفاده از تصویرسازی به منظور آرمیدگی، معرفی شد. به علاوه، آرمیدگی عضلانی تدریجی ادامه داشت، اما این بار با ۴ گروه ماهیچه‌ای در جلسه چهارم به معرفی انواع رایج تفکر منفی و تحریفات شناختی پرداخته شد، اعضا، شناسایی افکار منفی و برچسب‌زنی به نوع تحریف را تمرین کردند. در بخش آرمیدگی، چگونگی ترکیب تصویرسازی با تنفس دیافراگمی را آموختند. همچنین تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل را انجام دادند، که در آن، به جای اینکه واقعا ماهیچه‌ها را منقبض کنند، فقط احساس تنش را به خاطر آوردند. بلافاصله پس از تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تمرین تصویرسازی مکان خاص انجام گرفت. در جلسه پنجم بخش مدیریت استرس، بر جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی متمرکز شد. ابتدا، اعضا باید تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی را تشخیص دادند و قادر به شناسایی هر کدام از آن‌ها شدند. سپس پنج گام جایگزینی افکار منطقی آموزش داده شد و اعضا آن‌ها را تمرین کردند. در این جلسه، همچنین به مباحثی در مورد اهمیت آرمیدگی در مدیریت استرس پرداخته شد. در نهایت، یک تکنیک جدید آرمیدگی به نام آموزش خودزاد آموزش داده شد که از طریق آن، اعضا ایجاد سنگینی و گرما در بدن‌شان را تمرین کردند. در جلسه ششم بخش مدیریت استرس با بحث در این مورد

آغاز شد که چگونه از تکنیک‌هایی که آموخته‌اند در زندگی روزانه‌ی خود استفاده کنند. سپس به تعریف مقابله پرداخته شد و راهبردهای مولد و غیرمولد مقابله را ارایه کردیم. اعضا آموختند که چگونه مقابله می‌تواند مساله-مدار یا هیجان-مدار باشد و بهترین نوع مقابله را برای انواع مختلف عوامل استرس‌زا شناختند. سپس، سبک مقابله‌ای خود را شناسایی کردند تا ببینند چگونه می‌توانند آن را بهبود بخشند. در بخش آرمیدگی جلسه‌ی، آموزش خودزاد را ادامه دادیم و تمرین‌های دیگری برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، اضافه کردیم. جلسه‌ی هفتم در بخش مدیریت استرس، گام‌هایی برای یک برنامه‌ی مقابله‌ای مولد، معرفی شد. اعضا، تقسیم موقعیت‌ها به جنبه‌های خاص و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای مناسب را تمرین نمودند. همچنین، یک تکنیک آرام‌کننده را که در پذیرش شرایط پراسترس کمک می‌کند، آموختند. بخش آرمیدگی براساس آموزش خودزاد هفته‌ی گذشته، استوار بود. در نهایت، خودزاد را با تصویرسازی و خود-القایی تمرین کردند تا آرمیدگی، عمیق‌تر شود. در جلسه‌ی هشتم، خشم، محور اصلی بخش مدیریت استرس بود. اعضا نسبت به پاسخ‌ها و الگوهای خشم خاص خود، آگاه شدند و روش‌های بهتری برای مدیریت خشم آموختند. در بخش آرمیدگی این جلسه، مراقبه معرفی شد. در این جلسه اعضا، مراقبه‌ی مانترا را که عبارت است از تکرار یک هجا یا کلمه، تمرین کردند. بخش مدیریت استرس جلسه‌ی نهم، به آموزش ابرازگری پرداخت. اعضا، روش‌های مختلفی را برای مراوده کردن و شناسایی سبک بین فردی‌شان آموختند. در این بخش، برقراری ارتباط مؤثر را تمرین کردند. همچنین موانع و گام‌های رفتار ابرازگرانه نیز مرور شد. چگونگی برخورد با تعارض‌ها با استفاده از مهارت حل مساله، مورد بحث قرار گرفت. در بخش آرمیدگی، یک تکنیک جدید با عنوان شمارش تنفس، آموزش داده شد. جلسه‌ی دهم آخرین جلسه‌ی برنامه بود. در این جلسه،

داده‌های مطالعه و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ~

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۰/۴۱ و گروه شاهد ۳۹/۸ سال بود. تحصیلات گروه آزمایش ۵ نفر در سطح دیپلم، ۲ نفر بالای دیپلم و ۵ نفر زیر دیپلم بود. تحصیلات گروه شاهد نیز ۵ نفر در سطح دیپلم، ۳ نفر بالای دیپلم و ۴ نفر زیر دیپلم بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها ملاحظه می‌گردد.

اهمیت منابع اجتماعی آموزش داده شد و شبکه‌ی حمایت اجتماعی اعضا ارزیابی شد. اعضا آموختند که موانع را شناسایی و تکنیک‌های مدیریت استرس را برای ایجاد و حفظ حمایت اجتماعی به کار ببرند. همچنین اعضاء یک برنامه‌ی مدیریت استرس شخصی را برنامه‌ریزی کردند. بعد از پایان برنامه، لازم شد تمرین مهارت‌های مدیریت استرس و تکنیک‌های آرمیدگی ادامه پیدا کند و لزوم این پیگیری بیان شد. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه شاهد نیز در دو جلسه ۲ ساعته که در آن درمورد استرس و نقش آن بر روی نشانه‌های بیماری صحبت می‌شد شرکت کردند.

جدول ۱: مقایسه‌ی شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	عضویت گروهی	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
جسمانی سازی	آزمایش	۱۸/۸ (۵/۹۲)	۹/۸ (۵/۳۵)	۱۰/۱ (۴/۲۰)
	گواه	۱۷/۶ (۴/۹۳)	۱۶/۸ (۴/۴۶)	۱۷/۳ (۴/۲۳)
وسواس فکری - عملی	آزمایش	۱۹/۸ (۷/۹)	۹/۲ (۴/۳)	۹/۷ (۴/۴)
	گواه	۱۷/۶ (۵/۴)	۱۸/۲ (۵/۰۱)	۱۸/۹ (۴/۰۱)
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۱۱/۲ (۵/۳)	۶/۲ (۲/۴)	۵/۲ (۳/۴)
	گواه	۱۳/۱ (۴/۷)	۱۳/۶ (۳/۶)	۱۳/۸ (۴/۷)
شدت علائم سرگیجه	آزمایش	۱۶/۸۳ (۷/۱)	۸/۲۵ (۵/۰)	۸/۴۲ (۵/۰)
	گواه	۱۷/۱۷ (۶/۹)	۱۷/۳۳ (۶/۳)	۱۷/۵۸ (۶/۱)

کوواریانس کنترل شد. در جداول ۲، ۳، ۴ و ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری استرس بر نمرات علائم جسمی سازی، وسواس فکری - عملی و حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه در بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه می‌گردد.

هیچ کدام از متغیرهای جمعیت‌شناسی (سن و تحصیلات) با نمرات علائم نورولوژیکی هم بستگی نشان ندادند؛ بنابراین متغیرها در تحلیل‌های آماری کنترل نگردید. در واقع تفاوت دو گروه از لحاظ سن و تحصیلات معنادار نبودند. در این پژوهش، نمره‌ی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری استرس بر میزان علائم جسمی سازی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
جسمی سازی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۹۹/۳۱	۳۶/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۵۸۹/۲۰	۷۱/۹۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۲۵۱/۴۲	۲۶/۴۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۴۳۷/۵۵	۴۶/۲۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد با کنترل رابطه‌ی معنادار و ۶۳ درصد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و رابطه ۵۶ درصد و معنادار پیش آزمون و پیگیری نمرات علائم جسمی سازی آزمودنی‌ها، تفاوت معناداری بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود داشت ($P<۰/۰۰۰۱$). لذا بر این اساس و با توجه به اندازه‌های اثر

مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که ارایه مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش ۷۷ درصد شدت علائم جسمی سازی در پس آزمون و کاهش ۶۹ درصد علائم جسمی سازی در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۹۹ درصد هم دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری استرس بر میزان علائم وسواس فکری - عملی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
وسواس فکری - عملی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۳۲۵/۵۹	۲۵/۳۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۶۲۲/۸۰	۴۹/۵۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۲۴۳/۱۵	۲۷/۷۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۵۵۷/۲۷	۶۵/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۹۹

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد با کنترل رابطه معنادار و ۵۵ درصد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و رابطه ۵۶ درصد و معنادار پیش آزمون و پیگیری نمرات وسواس فکری عملی آزمودنی‌ها، تفاوت معناداری بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود داشت ($P<۰/۰۰۰۱$). بر این اساس و با توجه به اندازه‌های

اثر مشاهده شده، می‌توان گفت ارایه مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش ۷۰ درصد شدت علائم وسواس فکری عملی در پس آزمون و افزایش این تاثیر به ۷۵ درصد در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۹۹ درصد هم دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری استرس بر حساسیت در روابط بین فردی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت در روابط بین فردی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۲۷/۰۷	۴۷/۹۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۲۴۸/۰۷	۵۲/۷۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۱۸۷/۰۷	۳۵/۷۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۳۷۶/۸۰	۷۱/۰۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹

چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد با کنترل رابطه‌ی معنادار و ۶۹ درصد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و رابطه ۶۲ درصد و معنادار پیش‌آزمون و پیگیری نمرات حساسیت در روابط بین فردی آزمودنی‌ها، تفاوت معناداری بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۰۱$). لذا با توجه به

اندازه‌های اثر مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که می‌توان گفت ارایه‌ی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش ۷۷ درصد شدت علائم حساسیت در روابط بین فردی در پس آزمون و افزایش این تأثیر به ۷۷ درصد در مرحله‌ی پیگیری شده است. توان آماری ۹۹ درصد هم دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری استرس بر شدت علائم سرگیجه دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
شدت علائم سرگیجه	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۴۸۴/۹۶	۴۴/۲۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
		عضویت گروهی	۱	۴۷۰/۸۱	۴۳/۰۰	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۴۷۲/۸۱	۴۵/۳۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
		عضویت گروهی	۱	۴۸۰/۰۰	۴۶/۰۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰

علاوه بر این، نتایج نشان مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که با کنترل رابطه‌ی ۶۸ درصد نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش گواه در شدت علائم سرگیجه در پس آزمون و پیگیری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۰۱$). اندازه‌ی

اثر نشانگر آن است که مداخله‌ی شناختی رفتاری باعث کاهش ۶۷ درصد علائم سرگیجه در پس آزمون و کاهش ۶۹ درصد علائم سرگیجه در مرحله‌ی پیگیری شده است. توان آماری ۱۰۰ درصد هم دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه را نشان می‌دهد.

بحث

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش علایم جسمی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی در شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد که این نوع درمان باعث کاهش این علایم در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردید. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش اکهارت- هن (۱۹) همخوان است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت همانطوری که در پژوهش گارسیا (۲۰) و اکهارت- هن (۱۹) بیان شده است، اختلال‌های جسمی سازی که به معنای شکایت‌های متعدد جسمی، ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است، وسواس فکری عملی که به معنای افکار، تکانه‌ها و اعمالی که فرد آن‌ها را به گونه‌ای غیرقابل کنترل تجربه می‌کند و ماهیتی بیگانه با خود دارند و ناخواسته‌اند و حساسیت در روابط بین فردی که بیان‌کننده‌ی احساس عدم کفایت، دست کم گرفتن خود و احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران است (۲۴) در درصد بالایی از مبتلایان به سرگیجه‌ی روان‌تنی مشاهده می‌شود. که این علایم هم می‌توانند در ابتلا به سرگیجه‌ی روان- تنی نقش عوامل زمینه‌ساز یا خطر ساز را داشته باشند و هم می‌توانند در تشدید و تداوم علایم و حملات سرگیجه نقش داشته باشند (۱۹). استرس در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی به عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی به طور کلی (۸) و به عنوان عنصری اصلی در ایجاد یا تشدید سرگیجه روان‌تنی به طور خاص (۱۵) عمل می‌کند. اشمیت و همکاران (۷) به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ترکیب با فنون آرام سازی در کاهش علایم سرگیجه اشاره کرده‌اند. پژوهش‌های جوهانسون و همکاران (۲۵)، آندرسون و همکاران (۲۶) هلمبرگ و همکاران (۲۷) اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری همراه با فنون آرام سازی در کاهش علایم

روانشناختی مبتلایان به سرگیجه‌ی روان تنی را نشان داده‌اند، لذا مداخله‌ی مدیریت شناختی- رفتاری استرس که به گونه‌ای طراحی شده است که ۵ هدف افزایش آگاهی، آموزش مهارت‌های کاهش استرس، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های بین فردی و افزایش ابراز هیجانی و کاهش انزوای اجتماعی را دنبال کند، می‌تواند در کاهش علایم جسمی سازی و وسواس فکری عملی با تمرکز بر اصلاح ارزیابی‌های شناختی و حساسیت در روابط بین فردی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های بین فردی و کاهش انزوای اجتماعی و گسترش شبکه‌ی حمایت اجتماعی در این بیماران موثر باشد. در این مداخله آگاهی‌های لازم در مورد بیماری افراد و علل زمینه‌ساز آن به بیماران داده شد و همگی تشویق به شناسایی و ارزیابی دقیق استرس‌زاهای زندگی روزمره خود شدند و به دنبال آن مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد برای مقابله موثر با موقعیت‌های استرس‌زا به آن‌ها آموزش داده شد و بدین ترتیب مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز به دقت مورد توجه قرار گرفت و به این طریق مداخله در کاهش علایم سرگیجه موثر بود. بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی دارای تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند (۳) که در بروز شکایات جسمی متعدد و علایم وسواس فکری عملی و همچنین اشکال در روابط بین فردی نقش به‌سزایی دارند، بنابراین شناسایی افکار خودآیند منفی و آموزش شیوه‌های چالش با افکار، توانسته در کاهش این علایم موثر باشد. همچنین در این برنامه به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بین فردی، ابرازگری و کنترل خشک پرداخته شد و به منظور کاهش انزوای اجتماعی مهارت‌ها و تکنیک‌هایی ارائه شد که همگی در بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و ارتباطی و افزایش دریافت حمایت اجتماعی بیماران و به دنبال آن کاهش حساسیت در روابط موثر بودند. علاوه بر تمامی موارد فوق تکنیک‌های مختلف آرمیدگی که در هر جلسه آموزش داده می‌شد نقش به‌سزایی در ایجاد آرامش و کنترل

استرس‌زاها داشتند و توانستند در هنگام بروز این علائم باعث کاهش شدت آنها شده، یا به عنوان یک راهبرد پیش‌گیری برای جلوگیری از بروز مجدد علائم در شرایط استرس‌زای خاص مورد استفاده قرار گیرند. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله‌ی پیگیری نیز بر کاهش علائم جسمی‌سازی، وسواس فکری عملی و حساسیت در روابط بین فردی و نشانه‌های سرگیجه استمرار داشته است، می‌توان گفت که احتمالاً استفاده‌ی مکرر بیماران از تکنیک‌های مدیریت استرس از جمله تن‌آرامی، تنفس دیافراگمی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی باعث کاهش معنادار این علائم در بیماران شده است. به طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره‌ی پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارایه شده توسط بیماران مرتبط است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله‌ای مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش علائم جسمی‌سازی، وسواس فکری عملی و حساسیت در روابط بین فردی و همچنین کاهش نشانه‌های سرگیجه در بیماران زن مبتلا به

سرگیجه روان‌تنی بود. لذا این مداخله می‌تواند در کاهش این علائم در مبتلایان به سرگیجه‌ی روان‌تنی به کار گرفته شود. هر مطالعه‌ای به طور اجتناب‌ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد از محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد. نمونه‌ی این پژوهش زنان مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی بود و به همین دلیل تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی مرد نیز مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر این در پژوهش‌های آتی می‌توان از سایر روش‌های روان‌درمانی در کاهش علائم روانشناختی این بیماران همانند پس‌خوراند زیستی، هیپنوتیزم درمانی، تکنیک‌های رفتاری به صورت مقایسه‌ای استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله ماحصل یک پایان‌نامه‌ی دانشجویی است که با همکاری متخصصین مغز و اعصاب استان اصفهان انجام شده است. محققان برخورد لازم می‌دانند از جناب آقای دکتر خوروش به خاطر همکاری‌شان تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1- Nazawa I, Imamura S, Hashimoto K, Murakami Y. Psychosomatic aspects of patients complaining of dizziness or vertigo with orthostatic dysregulation. *Auris Nasus Larynx*. 1998; 25: 33-38.
- 2- Kroenke K, Hoffmann R, Einstadter D. How common are various causes of dizziness. a critical review. *South Med J*. 2000; 93: 160-167.

- 3- Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness. *Restor Neural Neurosci*. 2010; 28: 83-90.
- 4- Hanningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007; 36: 946-55.
- 5- Dieterich M, Eckhardt- Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenarzt*. 2004; 75: 281-302.

- 6- Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S, et al. Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol*. 2008; 25: 420-432.
- 7- Schmid G, Henningsen P, Dieterich M, Sattel H, Lahmann C. Psychotherapy in dizziness: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011; 10: 57-71.
- 8- Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst Appl*. 2005; 28: 673-9.
- 9- Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety Disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *J Anxiety Disord*. 2003; 17: 369-388.
- 10- Eckhardt-Henn A, Dieterich M. Psychiatric disorders in otoneurology patients. *Neurol Clin*. 2005; 23: 731-749.
- 11- Furman J M, Jacob RG. Psychiatric dizziness. *Neurology*. 1997; 48: 1161-1166.
- 12- Piker EG, Jacobson GP, McCaslin DL, Grantham SL. Psychological co morbidities and their relationship to self-reported handicap in samples of dizzy patients. *J Am Acad Audiol*. 2008; 19: 337-347.
- 13- Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol*. 2001; 14: 41-46.
- 14- Clark D B, Leslie M I, Jacob RG. Balance complaints and panic disorder: a clinical study of panic symptoms in members of a self-help group foe balance disorders. *J Anxiety Disord*. 1992; 6: 47-53.
- 15- Clark DB, Hirsch BE, Smith MG, Furman JM, Jacob RG. Panic in otolaryngology patients presenting with dizziness or hearing loss. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 1223-1225.
- 16- Eagger S, Luxon LM, Davies RA, Coelho A, Ron MA. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: a clinical and neuro- otological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992; 55: 383-387.
- 17- Jacob RG, Furman JM, Durrant JD, Turner SM. Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 503-512.
- 18- Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman B, Herbers JE, Wehrle PA. Causes of persistent dizziness. a prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Ann Intern Med*. 1992; 117: 898-904.
- 19- Eckhardt- Henn A, Breuer P, Thomalske C. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *J Anxiety Disord*. 2003; 17: 369-388.
- 20- Garcia FV, Coelho MH, Figueira ML. Psychological manifestations of vertigo: a pilot prospective observational study in a portuguese population. *Int Tinnitus J*. 2003; 91: 42-47.
- 21- Jokar S, Asgari K, Salesi M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on health status of female patients with arthritis rheumatoid. *Behravan*. 2009; 2: 21-32.

- 22- Roghayeh M. The SCL-90-R: an Iranian validity study. [Dissertation]. St. louis (MO): Tehran University; 1980.
- 23- Yardley L, Smith HE, Walsh BM, Mullee M, Bronstein AM. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Intern Med.* 2004; 141: 598-605.
- 24- Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2003. p. 356-60.
- 25- Johansson M, Akerlund D, Larsen HC. Randomized controlled trial of vestibular rehabilitation combined with cognitive behavioral therapy for dizziness in older people. *Otolaryngol Head Neck Surge.* 2001; 125: 151-6.
- 26- Andersson G, Asmundson GJ, Dener J. A controlled trial of cognitive- behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness. *Behav Res Ther.* 2006; 44: 1265-73.
- 27- Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neurol.* 2007; 254: 1189-1192.

Cognitive_ Behavioral Stress Management and Its Impact on Somatization, Obsessive-Compulsive Disorder, Interpersonal Relationship Sensitivity and Vertigo Signs in Females with Somatoform Vertigo

Asemi N¹, Chitsaz A¹, Asgari K², Mehrabi HA¹, Jahanbazi A¹

¹Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

²Dept. of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Asemi N, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

E-mail: neda. asemi@yahoo. com

Received: 5 Sep 2012 **Accepted:** 29 Jul 2013

Background and Objective: Psychological interventions can play a vital role in decreasing the symptoms of somatoform disorders via improving psychological, social and familial status of the patients. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive_ behavioral stress management (CBSM) on somatization, obsessive-compulsive disorder and interpersonal relationship sensitivity in females with somatoform vertigo.

Materials and Methods: This experimental study composed of pre test, post test and follow up phases. The sample consisted of 28 patients with somatoform vertigo according to the diagnosis of neurologists. They were randomly selected and then assigned to two groups of experimental and control. The SCL-90-R and VSS-SF tests were used in both groups throughout pre and post tests and follow up phases. The experimental group received CBSM for 10 sessions; each session lasted for 2.5 hours and for a period of 2.5 months. The data was analyzed by ANCOVA.

Results: The mean of somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal relationship sensitivity and vertigo signs significantly decreased in the experimental group.

Conclusion: Cognitive-behavioral stress management has a positive effect on the treatment of somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal relationship sensitivity and vertigo signs in patients with somatoform vertigo .

Keywords: Cognitive behavioral stress management, Somatoform vertigo, Somatization, Obsessive-compulsive, Interpersonal relationship sensitivity