

## اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر علائم نورولوژیک بیماران زن مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی

ندا عاصمی زواره<sup>۱\*</sup>، کریم عسگری<sup>۲</sup>، احمد چیت‌ساز<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۲۶

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به‌واسطه بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و خانوادگی سهم به‌سزایی در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلالات روانی داشته باشند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش علائم نورولوژیک بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود.

**مواد و روش کار:** این پژوهش به روش مورد-شاهدی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شده است. نمونه شامل ۲۸ بیمار زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی با تشخیص متخصص مغز و اعصاب بود که به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۴ نفر) و گواه (۱۴ نفر) گمارده شده‌اند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه VSS (فرم کوتاه مقیاس علائم سرگیجه) استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه‌ی ۲ ساعته و به مدت ۲/۵ ماه در گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات علائم نورولوژیک در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرد ( $P < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی مداخله‌ی شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کاهش علائم نورولوژیک بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود.

**کلیدواژه‌ها:** مدیریت شناختی- رفتاری استرس، علائم نورولوژیک، سرگیجه‌ی روان‌تنی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره دهم، ص ۸۷۰-۸۶۳، دی ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۱۳۲۶۷۰۴۳۸

Email: neda. asemi@yahoo.com

### مقدمه

مبتلا به سرگیجه‌های غیرواقعی از آن شکایت دارند؛ و در غالب موارد علت غیرارگانیک و مسائل روحی روانی داشته و در تعدادی از بیماران اختلال سیستمیک مطرح است (۲). به‌طورکلی از علل شایع و مهم سرگیجه می‌توان به آسیب‌های دهلیزی، آسیب‌های زاویه پل مخچه، اختلالات گردش خون سپین مغز، آسیب‌های مخچه، آسیب‌های قشر گیجگاهی و علل روانی (اضطراب، افسردگی، حملات ترس ناگهانی، سندروم هیپرونتیلیسیون) اشاره کرد (۲). اصولاً سرگیجه را به دودسته‌ی سرگیجه‌های محیطی و مرکزی تقسیم

سرگیجه واقعی<sup>۱</sup> عبارت است از حالتی که بیمار احساس می‌کند محیط پیرامون او گرد سرش می‌چرخد و یا اگر چشمانش را ببندد، می‌پندارد که خودش به دور محیط می‌گردد که علت آن معمولاً آسیب سیستم و ستیولر و ارتباطات مرکزی آن می‌باشد. بیمار این احساسات را به صورت مختلف بیان می‌کند (۱). احساس منگی و پری در سر، وجود سختی و احساس گذاشتن سر زیر منگنه، چرخش در سر، سبکی سر و ترس از افتادن معمولاً شکایاتی هستند که بیماران

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۱</sup> True vertigo

عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی به‌طور کلی (۸) و به‌عنوان عنصری اصلی در ایجاد یا تشدید سرگیجه روان‌تنی به‌طور خاص (۱۵) محسوب می‌شود. از عوامل مهم ایجادکننده استرس (فشار روانی) می‌توان به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی- فرهنگی مثل از دست دادن شغل، پیوند زناشویی، مهاجرت، فقر و نقصان در کیفیت تعاملات اجتماعی، روابط والد کودک و تضاد و تعارض اشاره کرد (۱۶).

در درمان اختلالات روان‌تنی از رویکردهای مختلفی از جمله فن‌های رفتاری و فنون آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های رفتاری، حساسیت‌زدایی منظم، پس‌خورد زیستی، مراقبه و مدیریت استرس استفاده شده است (۱۷). در مطالعاتی که به بررسی نقش روان‌درمانی در سرگیجه روان‌تنی پرداختند و در تمامی این مطالعات از رویکرد درمانی شناختی- رفتاری همراه با فنون آرام‌سازی یا بازتوانی دهلیزی برای درمان بیماران استفاده شده است نشان می‌دهند که این روان‌درمانی باعث کاهش علائم سرگیجه در این مبتلایان می‌شود (۲۰-۱۸).

مطالعات دیگری که از روش‌های درمان شناختی- رفتاری در ترکیب با فنون آرام‌سازی یا بازتوانی دهلیزی استفاده کرده‌اند نیز به اثربخشی این شیوه درمانی در کاهش علائم مربوط به سرگیجه اشاره کرده‌اند (۷، ۲۱). برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر فن‌های کاهش استرس را با رویکرد شناختی رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم ترکیب کرده است و توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد (۲۲). از آنجایی که سرگیجه از نشانه‌های رایج در بیمارانی هستند که به متخصصان مختلف مخصوصاً نورولوژیست‌ها مراجعه می‌کنند و در ۵۰-۳۰ درصد موارد علل غیرارگانیک دارند و در داخل کشور پژوهشی در رابطه با مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی و رویکردهای روان‌شناختی مؤثر در درمان این بیماران پژوهشی انجام نشده است. لذا سؤال این پژوهش به‌این ترتیب است که آیا مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش علائم نورولوژیک بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است.

## مواد و روش‌ها

می‌کنند. آسیب سیستم وستیبولر در گوش داخلی و عصب وستیبولر عمل محیطی سرگیجه را تشکیل می‌دهند و آسیب هسته‌ها و ارتباطات وستیبولر در ساقه مغز باعث سرگیجه مرکزی می‌شوند (۳). مطالعات اخیر به شناسایی و معرفی نوعی سرگیجه پرداختند که یا به‌صورت ارگانیکی درست تشریح نشده‌اند و یا ناشی از یک اختلال روان‌پزشکی می‌باشد. لذا آن را در دسته اختلالات روان‌تنی جای می‌دهند (۴، ۵). پژوهشگران به سندروم سرگیجه شبه جسمی (روان‌تنی) اشاره کرده‌اند (۶) و بیان کردند که ۵۰-۳۰ درصد اختلالات سرگیجه مزمن به‌صورت ارگانیکی قابل تبیین نیستند و در دسته اختلالات روان‌تنی قرار می‌گیرند. معمولاً اصطلاح روان‌تنی هنگامی به کار می‌رود که شخص دارای نشانه‌های فیزیکی و جسمی است که به نظر می‌رسد عمدتاً به دلیل عوامل روان‌شناختی ایجاد یا تشدید شده‌اند (۷). ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به‌طور هم‌زمان در پیوند با یکدیگر باشند (۸). در تبیین سرگیجه روان‌تنی ۲ مدل ارائه شده است:

۱- مدل سایکوسوماتیک<sup>۲</sup>: در این مدل سرگیجه بیماران بدون وجود هرگونه بیماری ارگانیک اولیه ایجاد شده است و در حقیقت تظاهری از یک اختلال روان‌پزشکی است. (سرگیجه روان‌تنی اولیه) (۹). اختلالات اضطرابی و هراس شایع‌ترین علل زمینه‌ساز این نوع سرگیجه هستند (۱۰) همچنین حملات سرگیجه می‌تواند تظاهری از یک انتقال پانیک باشد (۱۱).

۲- مدل سوماتوسایکیک<sup>۳</sup>: تأثیر پاتولوژیک اختلال ارگانیک بر ذهن بیمار است به‌گونه‌ای که منجر به تداوم علائم سرگیجه علی‌رغم برطرف شدن اختلال ارگانیک زمینه‌ای می‌شود (۱۲). بیماران دچار بیماری‌های دهلیزی حاد که علی‌رغم درمان‌های موجود بهبود نیافته‌اند، و درخطر سرگیجه طولانی‌مدت و ناتوانی در زندگی روزمره هستند و اغلب علت آن تشخیص داده نمی‌شود (سرگیجه روان‌تنی ثانویه) (۱۳).

سرگیجه روان‌تنی بدون نشانه‌های روان‌شناختی رخ می‌دهد و این امر اغلب باعث می‌شود که بیمار به متخصصان مغز و اعصاب و یا سایر متخصصان مراجعه کند (۱۴). اکهارت- هن<sup>۴</sup>، بست و همکاران (۶) در مطالعه‌ای تحت عنوان سندرم سرگیجه شبه جسمانی اشاره می‌کنند که نزدیک به ۵۰ درصد از بیماران در تجربه کلی پزشکی‌شان از سرگیجه رنج می‌برند و در سرگیجه بالینی تقریباً نیمی از بیماران یک سرگیجه روان‌تنی اولیه یا ثانویه را تجربه می‌کنند. استرس در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی به‌عنوان

<sup>4</sup> Echkhart -Henn

<sup>2</sup> Psychosomatic model

<sup>3</sup> Somatopsychic model

این پژوهش از نوع مطالعات مورد شاهدهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی مراجعه‌کننده به متخصصان مغز و اعصاب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بود. از آنجایی که در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه (آزمایش و کنترل) توصیه می‌شود، در این پژوهش با توجه به امکانات موجود ۲۸ زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی به شیوهی نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه از جامعه آماری انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و گواه (۱۴ نفر) گمارده شده‌اند. این بیماران توسط متخصصان مغز و اعصاب و انجام آزمایشات پزشکی تشخیص سرگیجه روان‌تنی گرفته بودند. در مرحله بعد، اعضا به‌منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث، سابقه 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 روان‌پریشی، عدم دریافت روان‌درمانی اخیر، تمایل به عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی در طول مدت درمان و رضایت به شرکت در تمام آزمون‌های تشخیصی و جلسات مداخله‌ی روانی-آموزشی بود. ابزاراندازه‌گیری در این پژوهش فرم کوتاه مقیاس‌اندازه‌گیری شدت سرگیجه VSS-SF که جهت ارزیابی شدت سرگیجه بیماران توسط یاردلی و همکاران (۲۳) طراحی شده است و به‌منظور ارزیابی روانسنجی بیماران استفاده می‌شود. میزان قابلیت اطمینان تست VSS-SF بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بوده است. این ابزار روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به‌این گونه که هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، بسیاری از اوقات (۲)، غالباً هر هفته (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه VSS-SF (فرم کوتاه مقیاس نشانه‌های سرگیجه) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از اتمام جلسات) توسط شخص آموزش دیده‌ای غیر از پژوهش‌گر به‌منظور جلوگیری از سوگیری در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. مداخله‌ی شناختی رفتاری مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته 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. این مداخله بر اساس کتاب مدیریت استرس

به شیوهی شناختی - رفتاری نوشته‌ی مایکل آنتونی، گیل ایرونسون و نیل اشنادرمن است که در توسط سیدجواد آل محمد، سولماز جوکار و دکتر حمیدطاهر نشاط دوست به فارسی ترجمه شده است. این کتاب دارای ۲ جلد است که جلد اول مخصوص درمانگران و جلد ۲، کتاب کار ویژه‌ی درمانجویان است. در این پژوهش هم 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 جلسه تمام در این جلسات شرکت داشتند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که این افراد ۱۲ نفر بودند و به‌منظور همسان سازی دو نفر از گروه گواه نیز حذف گردید. جلسه‌ی اول شامل تمرین آشنا شدن، معرفی استرس‌زها و پاسخ‌های استرس و آگاه شدن از تأثیرات جسمی استرس بود. جلسه‌ی دوم به آگاهی بخشی از تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از پاسخ‌های جسمی به استرس‌زها مربوط بود. جلسات سوم، چهارم و پنجم به توضیح ارتباط افکار و هیجانات و حس‌های بدنی، معرفی انواع رایج تفکرمنفی و تحریفات شناختی و چالش با افکارمنفی و جایگزینی افکارمنطقی به جای افکارغیرمنطقی پرداخته شد. جلسه‌ی ششم و هفتم به آموزش، تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر پرداخته شد. جلسه‌ی هشتم شامل آموزش مدیریت خشم، جلسه‌ی نهم شامل آموزش ابرازگری و استفاده از مهارت‌های حل مسئله در مورد تعارض‌ها و جلسه‌ی دهم شامل آموزش اهمیت و درک مزایای حمایت اجتماعی و یک مرور کلی بر برنامه بود. در تمامی جلسات مطابق با پروتکل درمانی یک تکنیک آرمیدگی آموزش داده و تمرین می‌شد. 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. داده‌های مطالعه در نرم‌افزار SPSS17 و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۰/۴۱ و گروه گواه ۳۹/۸ سال بود. تحصیلات گروه آزمایش ۵ نفر در سطح دیپلم، ۲ نفر بالای دیپلم و ۵ نفر زیر دیپلم بود. تحصیلات گروه گواه نیز ۵ نفر در سطح دیپلم، ۳ نفر بالای دیپلم و ۴ نفر زیر دیپلم بود. میانگین و انحراف معیار کمینه و بیشینه نمرات علائم نورولوژیک بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱: مقایسه‌ی شاخص‌های توصیفی نمرات علائم نورولوژیک به تفکیک مراحل و گروه‌ها**

| گروه‌ها | مراحل     | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|---------|-----------|---------|--------------|-------|--------|
| آزمایش  | پیش‌آزمون | ۱۸/۵    | ۶/۸۶         | ۱۱    | ۳۱     |
|         | پس‌آزمون  | ۱۱/۵۸   | ۶/۳۷         | ۵     | ۲۷     |
| آزمایشی | پی‌گیری   | ۱۱/۵    | ۵/۸۳         | ۶     | ۲۶     |
|         | پیش‌آزمون | ۲۱/۴۱   | ۶/۸۹         | ۱۲    | ۳۲     |
|         | پس‌آزمون  | ۲۰/۰۰   | ۵/۶۵         | ۱۴    | ۳۲     |
|         | پی‌گیری   | ۲۰/۵    | ۵/۵۱         | ۱۵    | ۳۲     |

هیچ کدام از متغیرهای جمعیت‌شناسی (سن و تحصیلات) با نمرات علائم نورولوژیک هم بستگی نشان ندادند؛ بنابراین متغیرها در تحلیل‌های آماری کنترل نگردید. در واقع تفاوت دو گروه از لحاظ سن و تحصیلات معنی‌دار نبودند. در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس بر میزان علائم نورولوژیک دو گروه ملاحظه می‌گردد.

هیچ کدام از متغیرهای جمعیت‌شناسی (سن و تحصیلات) با نمرات علائم نورولوژیک هم بستگی نشان ندادند؛ بنابراین متغیرها در تحلیل‌های آماری کنترل نگردید. در واقع تفاوت دو گروه از لحاظ سن و تحصیلات معنی‌دار نبودند. در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون

**جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس بر میزان علائم نورولوژیک دو گروه**

| متغیر وابسته    | مراحل    | متغیرهای پژوهش | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معنی‌داری | اندازه اثر | توان آماری |
|-----------------|----------|----------------|------------|-----------------|-------|-----------|------------|------------|
| علائم نورولوژیک | پس‌آزمون | پیش‌آزمون      | ۱          | ۴۸۴/۹           | ۴۴/۲۸ | ۰/۰۰۰۱    | ۰/۶۷       | ۰/۹۹       |
|                 | آزمون    | عضویت گروهی    | ۱          | ۴۷۰/۸           | ۴۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱    | ۰/۶۶       | ۰/۹۹       |
| علائم نورولوژیک | پس‌آزمون | پیش‌آزمون      | ۱          | ۴۷۲/۸           | ۴۵/۶۹ | ۰/۰۰۰۱    | ۰/۶۸       | ۰/۹۹       |
|                 | پی‌گیری  | عضویت گروهی    | ۱          | ۴۸۰/۳۶          | ۴۶/۲  | ۰/۰۰۰۱    | ۰/۶۷       | ۰/۹۹       |

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). با کنترل رابطه ۶۷ درصد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده یا حاشیه‌ای - که این میانگین از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون به دست می‌آید - نمرات علائم نورولوژیک آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که ارائه آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۶۶ درصد از تغییرات مربوط به علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، ارائه مداخله‌ی روانی - آموزشی مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش ۶۶ درصد علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون شده است. توان

آزماری ۰/۹۹ نیز نشان می‌دهد ضمن این که دقت آماری برای ارزیابی این فرضیه بالا بوده است، حجم نمونه‌ها نیز کافی بوده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). با کنترل رابطه ۶۸ درصد نمرات پیش‌آزمون و پیگیری، مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده یا حاشیه‌ای - که این میانگین از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پیگیری به دست می‌آید - نمرات علائم نورولوژیک آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که ارائه آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۶۶ درصد از تغییرات مربوط به علائم نورولوژیک آزمودنی‌ها را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، آموزش مدیریت شناختی -

رفتاری استرس باعث کاهش ۶۷ درصد علائم نورولوژی یک آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۰/۹۹ نیز نشان می‌دهد ضمن این که دقت آماری برای ارزیابی این فرضیه بالا بوده است، حجم نمونه‌ها نیز کافی بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی مداخله‌ی روانی-آموزشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر کاهش علائم نورولوژیک بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی در شهر اصفهان بود. نتایج نشان می‌دهد که این نوع درمان باعث کاهش علائم نورولوژیک گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌هایی که رویکرد شناختی- رفتاری را همراه با فنون آرمیدگی در درمان مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی به کار برده‌اند همخوان می‌باشد (۲۰-۱۸). در تبیین این نتیجه می‌توان چنین گفت که علائم نورولوژیک در بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی در اکثر مواقع بدون وجود علل ارگانیک ظاهر می‌شوند و تست‌ها و آزمایش‌های نورولوژیکی مؤید سلامت فیزیولوژیکی این بیماران است. لذا ظهور این علائم نورولوژیکی و حملات سرگیجه زیر بنای روان‌شناختی دارد (۲۴) در حقیقت این علائم نورولوژیک یا بدون وجود هرگونه بیماری ارگانیک اولیه ایجاد شده‌اند (۹) و یاتأثیر پاتولوژیک اختلال ارگانیک بر ذهن بیمار است به‌گونه‌ای که منجر به تداوم علائم سرگیجه علی‌رغم برطرف شدن اختلال ارگانیک زمینه‌ای می‌شود (۱۲). همانطور که در منابع اطلاعاتی متعددی به آن اشاره شده است در اختلالات روان‌تنی استرس‌زا و یا فشارهای روانی در کنار آمادگی ژنتیکی علت اصلی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی هستند (۸). بنابراین در مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی نیز استرس‌زاها و فشارهای روانی می‌توانند علل اصلی ایجاد یا تشدید علائم نورولوژیکی و حملات سرگیجه باشند. در اختلالات روان‌تنی عوامل تعیین کننده اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، ارتباطی، تضاد و تعارض از عوامل مهم ایجاد کننده فشار روانی هستند (۲۵). لذا مرحله مدیریت شناختی- رفتاری استرس که به گونه 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 می‌کند می‌تواند در کاهش علائم نورولوژیکی این بیماران مؤثر باشد. در این مداخله آگاهی‌های لازم درمورد بیماری افراد و علل زمینه ساز 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 مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا به آن‌ها آموزش داده شد و بدین ترتیب مهم‌ترین عامل زمینه ساز به دقت موردتوجه قرار

گرفت. به دنبال آگاهی از مفهوم استرس، شناسایی استرس‌زاها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد علائم نورولوژیکی نیز کاهش پیدا کرد. همچنین بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی دارای تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی ظاهر خود، نا ارزنده سازی، ناامیدی نسبت به‌اینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه موجب افزایش استرس فرد می‌گردد که خود می‌تواند تأثیر زیادی بر بروی علائم و سیکل حملات سرگیجه بگذارد (۲۶). بنابراین با شناسایی افکار خودآیند منفی و آموزش شیوه‌های چالش با افکار، میزان استرس افراد کاهش می‌یابد، اگرچه این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش علائم نورولوژیکی شود اما حداقل از تشدید این علائم جلوگیری می‌کند. وقتی بیمار متوجه کاهش علائم و حملات سرگیجه فرد می‌شود به بهبودی خود امیدوار گشته و نا امید می‌شود نسبت به‌اینده کاهش می‌یابد که این خود عامل مهمی در افزایش خلق بیمار و کمک به روند بهبودی بیمار است. همچنین در این برنامه به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بین فردی، ابراز گری و کنترل خشم پرداخته شد و به‌منظور کاهش انزوای اجتماعی مهارت‌ها و تکنیک‌هایی ارائه شد که همگی در بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و ارتباطی و افزایش دریافت حمایت اجتماعی بیماران مؤثر بوده و بدین طریق استرس‌زاهای اجتماعی و خانوادگی و ارتباطی بیشتر از پیش مدیریت و کنترل شده و بدنبال آن کاهش علائم و حملات سرگیجه در بیماران دیده شده است. علاوه بر تمامی موارد فوق تکنیک‌های مختلف آرمیدگی که در هر جلسه آموزش داده می‌شد نقش به‌سزایی در ایجاد آرامش و کنترل استرس‌زاها داشتند. تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است. این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند و بنابراین می‌تواند باعث کاهش علائم استرس شوند (۲۴) وازآنجایی که استرس در سبب شناسی اختلالات روان‌تنی نقش بسزایی دارد لذا به دنبال کاهش استرس علائم بالینی و نورولوژیکی این بیماران نیز کاهش پیدا می‌کند. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری نیز بر کاهش علائم نورولوژیکی استمرار داشته است، می‌توان گفت که احتمالاً استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مدیریت استرس از جمله تن آرامی، تنفس دیافراگمی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار عوامل نورولوژیکی بیماران شده است. به‌طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش علائم نورولوژیک بیماران زن

پژوهش‌های آتی بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی اولیه از بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی ثانویه تفکیک شوند و اثربخشی مداخله به شکل جداگانه در این دو گروه مقایسه شود. 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. این مداخله توانسته است در کاهش علائم نورولوژیک این بیماران مؤثر باشد لذا در صورتی که متخصصین محترم در تشخیص و تفکیک بیماران با علائم روان‌تنی از بیماران با علائم ارگانیک دقت لازم را داشته باشند، می‌توانند بیماران روان‌تنی را برای دریافت مداخلات روانشناختی راهنمایی کرده و امیدوار به درمان آن‌ها بوده، بدون آنکه این بیماران دوره‌های طولانی مصرف داروهایی را داشته باشند که نهایتاً هم نقشی در درمان آن‌ها ندارد.

مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود. لذا این مداخله‌ی روانی آموزشی می‌تواند در کاهش علائم نورولوژیک این بیماران به کار گرفته شود. هر مطالعه‌ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد از محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: از آنجایی که جلسات هفته‌ای یک مرتبه به مدت ۳ ساعت و طول درمان ۲/۵ ماه بود، اغلب مردان مبتلا به سرگیجه روان‌تنی به علت مشغله کاری شرایط شرکت در درمان را نداشتند. بنابراین این جلسات تنها برای زنان مبتلا برگزار شد و به همین دلیل تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این در پژوهش حاضر امکان استفاده از تشک‌های آرمیدگی برای تمرینات آرام‌سازی وجود نداشت که اهمیت تمرینات آرمیدگی در برنامه‌ی مدیریت استرس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای تمرینات آرمیدگی از تشک‌های مخصوص استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در

## References:

- Nozawa I, Imamura S, Hashimoto K, Murakami Y. Psychosomatic aspects of patients complaining of dizziness or vertigo with orthostatic dysregulation. *Auris Nasus Larynx* 1998;25(1):33-8.
- Kroenke K, Hoffmann R, & Einstadter D. How common are various causes of dizziness. A critical review. *Southern Med J* 2000; 93: 160- 7.
- Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness. *Restore Neural Neurosci* 2010; 28(1): 83- 90.
- Eckhardt- Henn A, Best C, Bense S. Psychiatric co morbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol* 2008; 255(3): 420- 8.
- Hanningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 36: 946- 55.
- Dieterich M, Eckhardt- Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenarzt*, 2004; 75(3): 281- 302.
- Schmid G, Henningsen P, Dieterich M, Sattel H, Lahmann C. Psychotherapy in dizziness: A systematic review. *Journal Neurosurg Psychiatry*, 2011;10: 57-71.
- Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro- fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst App* 2005; 28: 673- 9.
- Eckhardt- Henn A, Thomalske C. There year outcome for patients with the chief symptom of dizziness. A longitudinal study of differences of handicap and emotional distress in patients with organic and non-organic (psychogenic) dizziness. *J Neural Neurosurgery Psychiatry* 2001; 248: 11- 9.
- Eckhardt- Henn A, Dieterich M. Psychiatric disorders in otoneurology patients. *Neural Clint* 2005; 23: 731- 49.
- Furman JM, Jacob RG. Psychiatric dizziness. *Neurology* 1997; 48: 1161- 16.
- Erin G, Piker GP, Devin L, McCaslin M, Sarah L, Grantham M. Psychological co morbidities and their relationship to self- reported handicap in samples of dizzy patients. *Jam Aced Audiol* 2008; 19: 337- 47.
- Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neural* 2001; 14: 41- 6.

14. Strupp, M, Glasauer S, Karch, C. The most common form of dizziness in middle age: phobic postural vertigo. *Nervenarzt* 2003, 74: 911- 4.
15. Dieterloh M, Eckhardt- Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenar* 2004; 75 (3): 281- 302.
16. Baloh RW, Honrubia V. Migraine In *Clinical neurophysiology of the vestibular system*. New York: Oxford University Press; 2001. P. 264-76.
17. Schaaf H. Behavioral therapy approaches in vertigo disorders. *Psycho med* 1998; 10: 88- 92.
18. Johansson M, Akerlund D, Larsen H C. Randomized controlled trial of vestibular rehabilitation combined with cognitive behavioral therapy for dizziness in older people. *Otolaryngology Head Neck Surge* 2001; 125: 151- 6.
19. Andersson G, Asmundson GJ, Dener J. Controlled trial of cognitive- behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in treatment of dizziness. *Behavior Res Ther* 2006; 44: 1265- 73.
20. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U. One- year follow- up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neural* 2007; 254: 1189- 92.
21. Fogel J, Jacob R. Cognitive- behavioral treatment of a patient with vertigo and unusul sensitivity to smells: A case report. *Int J Psychosocial Rehabil* 2002, 7, 119-26.
22. 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.
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. Langs G. Behavioral oriented medical aspects of vertigo. *Psychoneuro* 2004; 30: 317- 21.
25. Lahmann C, Henningsen P, Noll- Hussong M. Somatoform disorders. *Psychotherapy Psychosom Mes Psychol* 2010; 60: 227- 33.
26. Staab J, Grace E. Psychological Factors in Patients with Dizziness: Concepts, Detection and Treatment. *J Pennsylvania Univ* 2009; 17: 30-9.

## THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL STRESS MANAGEMENT ON NEUROLOGICAL SIGNS IN WOMEN WITH SOMATOFORM VERTIGO

*Neda Asemi Zavareh<sup>1\*</sup>, Karim Asgari<sup>2</sup>, Ahmad Chitsaz<sup>3</sup>*

*Received: 21 Sep, 2016; Accepted: 17 Nov, 2016*

### Abstract

**Backgrounds & Aims:** Psychological interventions can have a decreasing effect on the symptoms of patients with 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) reducing neurological signs in patients with somatoform vertigo.

**Materials & Methods:** This was a case-control research with pre-test, post-test and follow up phases. The sample consisted of 28 patients with somatoform vertigo according to the diagnosis of neurologist. They were randomly selected and then assigned into two groups of experimental and control. The DASS test was used on both groups in all phases. The experimental group received CBSM for 10 sessions, each session 2 hours, for a period of 2.5 months. The data was analyzed by ANCOVA via SPSS .

**Result:** The mean of neurological signs was significantly decreased in the experimental group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It is suggested that cognitive behavioral stress management have had a positive effect on decreasing neurological signs in patients with somatoform vertigo.

**Keywords:** Cognitive behavioral stress management, Somatoform vertigo, Neurological signs

**Address:** Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

**Tel:** +989132670438

**Email:** neda.asemi@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2017; 27(10): 870 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran