

# اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و استرس مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی

ندا عاصمی زواره<sup>۱</sup>، احمد چیت ساز<sup>۲</sup>، کریم عسگری<sup>۳</sup>، حسینعلی مهربانی<sup>۴</sup>، انیس جهانبازی<sup>۵</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به واسطه بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و خانوادگی سهم به‌سزایی در کاهش علائم بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی داشته باشد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مدیریت شناختی-رفتاری استرس بر کاهش اضطراب استرس و افسردگی در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بوده است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به روش مورد-شاهدی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه در سال ۱۳۹۰ در آزمایشگاه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان انجام شده است. نمونه شامل ۲۸ بیمار زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی با تشخیص متخصص مغز و اعصاب بود که به شیوه 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 (DASS یا Depression Anxiety Stress Scales) (مقیاس اضطراب استرس افسردگی) استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. مداخله‌ی 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 چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات اضطراب، استرس و افسردگی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی مدیریت شناختی-رفتاری استرس بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت شناختی-رفتاری استرس، اضطراب، استرس، افسردگی، سرگیجه روان‌تنی

**ارجاع:** عاصمی زواره ندا، چیت ساز احمد، عسگری کریم، مهربانی حسینعلی، جهانبازی انیس. اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و استرس مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۳۶۲-۳۵۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۳

Email: neda.asemi@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (کارشناس مسئول)

۲- دانشیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

سرگیجه واقعی (**True vertigo**) 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 وستبولر و ارتباطات مرکزی آن می‌باشد (۱)، احساس منگی و پری در سر، وجود سختی و احساس نیاز به گذاشتن سر زیر منگنه، چرخش در سر، سبکی سر و ترس از افتادن معمولاً شکایاتی هستند که بیماران مبتلا به سرگیجه‌های غیرواقعی از آن شکایت دارند و در غالب موارد علت غیرارگانیک و مسایل روحی روانی داشته و در تعدادی از بیماران اختلال سیستمیک مطرح است (۲). اصولاً سرگیجه را به دو دسته‌ی سرگیجه‌های محیطی و مرکزی تقسیم می‌کنند. آسیب سیستم وستبولر در گوش داخلی و عصب وستبولر علل محیطی سرگیجه را تشکیل می‌دهند و آسیب هسته‌ها و ارتباطات وستبولر در ساقه مغز باعث سرگیجه مرکزی می‌شوند (۳). مطالعات اخیر به شناسایی و معرفی نوعی سرگیجه پرداختند که یا به صورت ارگانیکی درست تشریح نشده‌اند و یا ناشی از یک اختلال روان‌پزشکی می‌باشد. لذا آن را در دسته اختلالات روان‌تنی جای می‌دهند (۴، ۵) و به سندروم سرگیجه شبه جسمی (روان-تنی) اشاره کرده‌اند (۶) و schmid و همکاران (۷) بیان کردند که ۵۰-۳۰ درصد اختلالات سرگیجه مزمن به صورت ارگانیکی قابل بیان نیستند و در دسته‌ی 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. 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 (**Psychosomatic model**):  
در این مدل سرگیجه‌ی بیماران بدون وجود هرگونه بیماری ارگانیک اولیه ایجاد شده است و درحقیقت تظاهراتی از یک اختلال روان‌پزشکی است. (سرگیجه روان‌تنی اولیه). اختلالات اضطرابی و هراس شایع‌ترین علل زمینه‌ساز این

نوع سرگیجه هستند (۹-۱۰). همچنین حملات سرگیجه می‌تواند تظاهراتی از یک اختلال پانیک باشد (۱۱).  
۲. مدل سوماتوسایکیک (**Somatopsychic model**):  
تأثیر پاتولوژیک اختلال ارگانیک بر ذهن بیمار است به گونه‌ای 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، در خطر سرگیجه طولانی مدت و ناتوانی در زندگی روزمره هستند و اغلب علت آن تشخیص داده نمی‌شود (سرگیجه روان‌تنی ثانویه) (۱۳).

**Eckhardt-Henn**، Best و همکاران (۶) در مطالعه‌ای تحت عنوان سندروم سرگیجه شبه جسمانی اشاره می‌کنند که نزدیک به ۵۰ درصد از بیماران در تجربه کلی پزشکیشان از سرگیجه رنج می‌برند و در سرگیجه تخصصی‌شده‌ی بالینی تقریباً نیمی از بیماران یک سرگیجه روان‌تنی اولیه یا ثانویه را تجربه می‌کنند. استرس در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی به عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی به طور کلی (۸) و به‌عنوان عنصری اصلی در ایجاد یا تشدید سرگیجه روان‌تنی به طور خاص (۱۴) 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 (۱۵). اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است (۱۶). تقریباً در ۳۰-۵۰ درصد از کل موارد اختلالات سرگیجه، اختلالات روان‌پزشکی تأثیر مهمی بر سیر بیماری دارد و اضطراب شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی همراه در بیماران با شکایت سرگیجه و گیجی است (۱۴). Staab و همکارانش (۱۷) در دانشگاه پنسیلوانیا، به بررسی ارتباط بین اضطراب و سرگیجه پرداختند و سندرم سرگیجه‌ی روانی مزمن را معرفی کردند و ادامه‌ی تحقیقات در این زمینه مشخص کرده است که ۶۰ درصد از بیماران که تشخیص سندرم سرگیجه‌ی روانی دریافت می‌کنند مضطرب هستند (۱۸). از طرفی نیز موارد

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات مورد-شاهدی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی مراجعه‌کننده به متخصصان مغز و اعصاب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بود. با توجه به امکانات موجود، از بین مراکز درمانی و مطب‌های شخصی متخصصان مغز و اعصاب، دو مرکز -یک مرکز دولتی و یک مطب خصوصی- به شیوه در دسترس انتخاب شدند و از بین بیمارانی که پس از بررسی‌های لازم (آزمایشات پزشکی و انجام تست SCL-90-R) توسط متخصصین مغز و اعصاب و انجام مصاحبه‌ی بالینی توسط پژوهشگر تشخیص سرگیجه‌ی روان‌تنی دریافت کرده بودند و از نظر پزشکی و روان‌شناختی سایر معیارهای ورود را نیز داشتند، ۲۸ نفر به شکل در دسترس انتخاب شدند و سپس به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پس از تعیین عضویت گروهی آزمودنی‌ها، با آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت حضوری در مورد روال و مکان انجام پژوهش هماهنگی به عمل آمد و زمان اولین جلسه گروهی مشخص شد. در مرحله بعد، اعضا به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث (با توجه به این که Kaplan and sadock شیوع بیشتری اختلالات افسردگی، اضطراب، استرس و همچنین اختلالات روان‌تنی را در زنان گزارش کرده‌اند، لذا در این پژوهش جنسیت مؤنث از ملاک‌های ورود به پژوهش بود)، 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، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی در طول دوره پژوهش و رضایت به شرکت در تمام آزمون‌های تشخیصی و جلسات مداخله‌ی روانی-آموزشی بود. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مقیاس افسردگی اضطراب استرس DASS-42 بود که توسط Lovibond F & Lovibond SH ساخته شد. DASS-42 مجموعه‌ای از سه زیر

بالای هم‌زمانی اختلالات دهلیزی و اضطراب گزارش شده است، لذا یک‌سری ارتباطات نورواناتومیکیال بین سیستم دهلیزی و سیستم پاسخگویی هیجانی در نظر گرفته شده است (۲۰، ۱۹). در مطالعه‌ای که توسط Garcia و همکارانش (۲۰) انجام گرفت، بیشتر از ۴۳ بیمار مبتلا به سرگیجه‌ی روان‌تنی مورد مطالعه قرار گرفتند و به وسیله‌ی مقیاس SCL-90-R تعداد زیادی از اختلالات روان‌شناختی در آن‌ها تشخیص داده شد از جمله اضطراب ۳۲/۳ درصد و افسردگی در ۳۰/۲ درصد مبتلایان مشاهده شد. در مطالعه‌ی Savastino و همکاران (۲۱) که روی بیماران مبتلا به سرگیجه صورت گرفت، نشان داده شد که این بیماران به طور عمده مبتلا به افسردگی و اضطراب حمله‌ای هستند. در درمان اختلالات روان‌تنی از رویکردهای مختلفی از جمله تکنیک‌های رفتاری و فنون آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های رفتاری، حساسیت‌زدایی منظم، پس‌خورد زیستی، مراقبه و مدیریت استرس استفاده شده است (۲۲). درمان‌شناختی رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی رفتاری متمرکز است. برنامه مدیریت استرس به شیوه 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 (۲۳). از آنجایی که سرگیجه و از نشانه‌های رایج در بیمارانی هستند که به متخصصین مختلف مخصوصاً نورولوژیست‌ها مراجعه می‌کنند و در ۵۰-۳۰ درصد موارد علل غیرارگانیک دارند و با توجه به آنچه بیان شد به نظر می‌رسد اضطراب، استرس و افسردگی جزء عوامل خطر ساز یا تشدیدکننده‌ی سرگیجه‌ی روان‌تنی هستند و در داخل کشور پژوهشی در رابطه با مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی و رویکردهای روان‌شناختی مؤثر در درمان این بیماران انجام نشده است، لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرگیجه روان‌تنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه شاهد می‌باشد.

درونی ۳ خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰ و در مطالعه‌ای با جمعیت بالینی، ضرایب همسانی درونی این سه خرده مقیاس، به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۳، گزارش شده است (۲۴). اعتبار و پایایی سه خرده مقیاس DASS را در جمعیت ایران به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۲، و ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۳). این ابزار روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به هر جمله براساس درجه‌ای که برای آن انتخاب شده است، نمره‌ای معادل همان درجه تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب که به درجه‌ی ۰ نمره‌ی صفر، به ۱ نمره‌ی یک، به ۲ نمره‌ی دو، به ۳ نمره‌ی سه داده می‌شود. این مقیاس سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را شامل می‌شود که جملات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۳۱، ۳۴، ۳۷، ۳۸، ۴۲ مربوط به افسردگی، جملات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹ مربوط به استرس و سایر جملات یعنی شماره‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۶، ۴۰، ۴۱ مربوط به اضطراب است. نمرات مربوط به هر مقیاس از جمع نمرات جملات آن مقیاس و نمره‌ی کل از مجموع نمرات کل به دست می‌آید.

مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. زیر مقیاس افسردگی، ملالت (Dysphasia)، ناامیدی (Hopelessness)، بی‌ارزش شمردن زندگی (Devaluation of life)، ناآرزنده‌سازی خود (Self-depreciation)، فقدان علاقه و مشارکت (Lack of interest)، بی‌لذتی (Anaerobia)، و سکون (Inertia) را اندازه می‌گیرد، خرده مقیاس اضطراب، دارای عباراتی است که بیش برانگیختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها، و اضطراب‌های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده مقیاس استرس، عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری، و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. هر کدام از زیر مقیاس‌ها دارای ۱۴ ماده است که آزمودنی باید شدت فراوانی علامت مطرح شده در هر ماده را که در طول هفته‌ی گذشته تجربه کرده است، با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا سه) از اصلاً تا خیلی زیاد، درجه‌بندی کند. مطالعات مختلف نشان داده است که خرده مقیاس‌های DASS، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب است. در یک مطالعه با جمعیت غیربالینی، ضرایب همسانی

#### طبقه‌بندی‌های شدت DASS

شدت	افسردگی	اضطراب	تندگی
نرمال	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	۲۸+	۲۰+	۳۴+

مشخص شد. برای این آزمودنی‌ها مداخله‌ی شناختی رفتاری مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه‌ی ۲ ساعته‌ی هفتگی و به مدت ۲/۵ ماه در آزمایشگاه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان توسط پژوهشگر و یک همکار کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. به اعضای گروه آزمایش کتاب کار مدیریت شناختی رفتاری استرس که حاوی تکالیف خانگی هر جلسه بود، داده شد. علاوه بر این،

پرسش‌نامه DASS (مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از اتمام جلسات) توسط شخص آموزش‌دیده‌ای غیر پژوهشگر به‌منظور جلوگیری از سوگیری در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. پس از تعیین عضویت گروهی آزمودنی‌ها، با آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت حضوری در مورد روال و مکان انجام پژوهش هماهنگی به عمل آمد و زمان اولین جلسه گروهی

مزایای حمایت اجتماعی و یک مرور کلی بر برنامه بود. در تمامی جلسات مطابق با پروتکل درمانی یک تکنیک آرمیدگی آموزش داده می‌شد 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 نرم افزار SPSS 19 و با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری 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. هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی فوق‌الذکر با نمرات افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی نشان ندادند بنابراین این متغیرها کنترل نگردید. درجداول (۲) و (۳) و (۴) نتایج تحلیل کواریانس تأثیرآموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر میزان علائم اضطراب، افسردگی و اضطراب دو گروه ملاحظه می‌گردد.

آزمودنی‌های گروه گواه در این مدت در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله‌ای از جانب روان‌شناس و مرکز تحت درمان دریافت نکردند و صرفاً به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پایان، تمامی آزمودنی‌های گروه آزمایش که ۸ جلسه در این جلسات شرکت داشتند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که تعداد این افراد ۱۲ نفر بود و به منظور همسان‌سازی دو نفر از گروه گواه نیز حذف گردید. جلسه‌ی اول شامل معارفه، تمرین آشنا شدن، معرفی استرس‌زها و پاسخ‌های استرس و آگاه شدن از تأثیرات جسمی استرس بود. جلسه‌ی دوم به آگاهی‌بخشی از تأثیرات استرس و درک اهمیت این آگاهی و افزایش آگاهی از پاسخ‌های جسمی به استرس‌زها مربوط می‌شد. جلسات سوم، چهارم و پنجم به توضیح ارتباط افکار و هیجانات و حس‌های بدنی، معرفی انواع رایج تفکر منفی و تحریفات شناختی و چالش با افکار منفی و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی 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 مسأله در مورد تعارض‌ها و جلسه‌ی دهم شامل آموزش اهمیت و درک

جدول ۱. مقایسه‌ی شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	عضویت گروهی	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
اضطراب	آزمایش	۱۹/۷۵ (۵/۷)	۱۰/۵ (۴/۷۷)	۹/۸ (۵)
	گواه	۲۲/۵ (۴/۰۹)	۲۱/۹ (۶/۳۹)	۲۰/۰۸ (۵/۱)
استرس	آزمایش	۲۶/۸۳ (۱۳/۲۴)	۱۴/۵۸ (۱۳/۴۲)	۲۴/۹ (۴/۶۹)
	گواه	۲۵/۵ (۴/۷۳)	۲۴/۶ (۵/۶۵)	۱۲/۹ (۷/۸)
افسردگی	آزمایش	۲۲/۸ (۳/۰۲)	۱۳/۵ (۶/۹۸)	۱۲/۹ (۷/۸)
	گواه	۲۲/۹ (۲/۵۸)	۲۲/۵ (۲/۶۹)	۲۲/۶ (۲/۶۷)

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر میزان علائم اضطراب دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۳۶۰/۷	۷۵/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۱	۷۵۱/۲	۱۵۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۲۲۵/۶۴	۱۱/۴۱	۰/۰۰۰۳	۰/۳۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۳۴۰/۸	۱۷/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۸۹

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب آزمودنی‌ها رابطه معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۳$ ). با کنترل رابطه ۳۵ درصد نمرات پیش آزمون و پیگیری، مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده یا حاشیه‌ای- که این میانگین از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات پیگیری به دست می‌آید- نمرات اضطراب آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی دار است ( $p < ۰/۰۰۳$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که مداخله‌ی روانی آموزشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس باعث کاهش اضطراب آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۴۵ درصد از تغییرات مربوط به اضطراب آزمودنی‌ها را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، ارایه مداخله‌ی روانی آموزشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس باعث کاهش ۴۵ درصد اضطراب 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.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب آزمودنی‌ها رابطه معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). با کنترل رابطه ۷۸ درصد نمرات پیش آزمون و پس آزمون، مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده یا حاشیه‌ای (**Estimated Marginal Means**) - که این میانگین از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون به دست می‌آید- نمرات اضطراب آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی دار است ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس باعث کاهش اضطراب آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا (**Eta Squared**) یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۸۸ درصد از تغییرات مربوط به اضطراب آزمودنی‌ها را در مرحله پس آزمون تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس باعث کاهش ۸۸ درصد اضطراب آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون 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. هم‌چنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر میزان علائم استرس دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
استرس	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۱۷/۵۰	۱۵/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۶
		عضویت گروهی	۱	۹۶۱/۵۶	۶۹/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۲۸۴/۱۲	۱۹/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۱	۷۵۷/۶۹	۵۲/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹

تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری استرس آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ). با کنترل رابطه ۴۸ 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 استرس آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0/0001$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش استرس آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۷۱ درصد از تغییرات مربوط به استرس آزمودنی‌ها را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، ارایه مداخله‌ی مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش ۷۱ درصد استرس 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.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ). با کنترل رابطه ۴۲ 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 استرس آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0/0001$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که ارایه آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش استرس آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۷۶ درصد از تغییرات مربوط به استرس آزمودنی‌ها را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش ۷۶ درصد استرس آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون 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. همچنین نتایج

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس بر میزان علائم افسردگی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پس	پیش‌آزمون	۱	۱۵۶/۰۱	۹/۸	۰/۰۰۵	۰/۳۱	۰/۸۵
	آزمون	عضویت گروهی	۱	۶۹۳/۳	۴۳/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹
	پی‌گیری	پیش‌آزمون	۱	۱۳۳/۹	۷/۶۴	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۷۵
	پی‌گیری	عضویت گروهی	۱	۷۷۹/۵	۴۴/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹

افسردگی آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0/0005$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۶۸ درصد از تغییرات مربوط به افسردگی

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/0005$ ). با کنترل رابطه ۳۱ 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

همخوان می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان چنین گفت که اضطراب شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی همراه در بیماران با شکایت سرگیجه می‌باشد و ارتباط اضطراب و سرگیجه یک ارتباط دوطرفه است، به این معنا که بیماران چون حملات غیرقابل پیش‌بینی سرگیجه را تجربه می‌کنند احساس اضطراب و درماندگی می‌کنند و مستعد اضطراب قبل از وقوع حمله‌ی سرگیجه می‌شوند و متعاقباً دچار رفتار اجتنابی هراسی می‌شوند، هم‌چنین بیماران که در طی حملات سرگیجه برآورد فاجعه‌آمیزی دارند به این معنا که شرایط خود را به بیماری خطرناکی نسبت می‌دهند، دچار اضطراب و ترس شدیدی می‌شوند و در نتیجه علائم جسمانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۳). هم‌چنین استرس یا فشار روانی در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی به عنوان عامل اصلی ابتلا به اختلالات روان‌تنی به طور کلی و سرگیجه‌ی روان‌تنی به طور خاص شناخته شده است. در حقیقت در این بیماران حملات سرگیجه یا در پاسخ به شرایط استرس‌زا ایجاد می‌شوند و یا شرایط استرس‌زا باعث تشدید و تداوم علائم این بیماران می‌شوند. علاوه بر این با توجه به مطالعات انجام شده مانند مطالعه‌ی گارسیا (۲۰) در درصد بالایی از مبتلایان به سرگیجه‌ی روان‌تنی علائم اختلال افسردگی مشاهده می‌شود که این علائم هم می‌توانند، زمینه‌ساز، تشدیدکننده یا تداوم دهنده‌ی علائم سرگیجه باشند. مداخله‌ی مدیریت شناختی - رفتاری استرس 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 و می‌تواند در کاهش علائم روان‌شناختی این بیماران مؤثر 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 مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا به آن‌ها آموزش داده شد و بدین ترتیب مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز به دقت مورد توجه قرار گرفت. به دنبال آگاهی از مفهوم استرس،

آزمودنی‌ها را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش ۸۶ درصد افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون 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. هم‌چنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری افسردگی آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). با کنترل رابطه ۲۶ 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 افسردگی آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $p < 0/01$ ). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان گفت که ارایه آموزش مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه شده است. مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۶۷ درصد از تغییرات مربوط به افسردگی آزمودنی‌ها را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند؛ به عبارت ساده‌تر، ارایه مداخله‌ی مدیریت شناختی - رفتاری استرس باعث کاهش ۶۷ درصد افسردگی 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، تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی در شهر اصفهان بود. نتایج نشان می‌دهد که این نوع درمان باعث کاهش اضطراب، استرس و افسردگی 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 علائم روان‌شناختی مبتلایان به سرگیجه روان‌تنی به کار برده‌اند (۲۷-۲۵، ۷)



علایم روان‌شناختی این بیماران 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 موارد زیر اشاره کرد: از آنجایی که نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش مؤنث بوده است باید در تعمیم نتایج به جنس مذکر احتیاط کرد. همچنین با توجه به این که ملاک‌های ورود خاصی برای حضور این بیماران در جلسات درمان وجود داشت لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. علاوه بر این به علت محدودیت زمانی در این پژوهش تنها یک پیگیری یک ماهه انجام شد که در صورت امکان بهتر است یک پیگیری دو ماهه و یک پیگیری چهار ماهه نیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در 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 علایم روان‌شناختی این بیماران همانند پس‌خوراند زیستی، هیپنوتیزم درمانی، تکنیک‌های رفتاری به صورت مقایسه‌ای استفاده کرد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یک پایان‌نامه دانشجویی است که با هزینه‌ی شخصی پژوهشگر و با همکاری متخصصین مغز و اعصاب استان اصفهان انجام شده است. بر خود لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر چیت‌ساز و دکتر خوروش به خاطر همکاری‌شان با اینجانب تشکر و قدردانی نمایم.

شناسایی استرس‌زها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد علایم روان‌شناختی نیز کاهش پیدا کرد. از آنجایی که هیجانات منفی خشم، ناکامی و احساس مزاحم بودن که می‌تواند منجر به احساس اضطراب و افسردگی شوند در این بیماران شایع است، بازسازی شناختی و کمک به بیماران در جهت شناسایی افکار منفی مولد این هیجانات منفی و به چالش کشیدن و جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی‌تر در کاهش علایم روان‌شناختی مؤثر بود. همچنین تکنیک‌های آرمیدگی متنوعی که ابتدای هر جلسه مطابق با پروتکل درمانی ارائه شد در کاهش علایم روان‌شناختی مؤثر بود. تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است. این تغییرات فیزیولوژیک با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند و بنابراین می‌تواند باعث کاهش اضطراب و استرس شوند. پاسخ آرمیدگی یک واکنش ذاتی روان فیزیولوژیک است که با کاهش فعالیت آدرنرژیک، کاهش تحریک عصب ماهیچه‌ای و آرامش‌شناختی ارتباط دارد (۳۳). در تبیین این که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری نیز بر کاهش علایم روان‌شناختی استمرار داشته است، می‌توان گفت که احتمالاً استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مدیریت استرس از جمله تن‌آرامی، تنفس دیافراگمی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار علایم روان‌شناختی بیماران شده است. به طور 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 علایم روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی بود. لذا این مداخله می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روانی - آموزشی در کاهش

#### 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(1): 33-8.
2. Kroenke K, Hoffmann RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J* 2000; 93(2): 160-7.
3. Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness. *Restor Neural Neurosci* 2010; 28(1): 83-90.

4. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369(9565): 946-55.
5. Dieterich M, Eckhardt- Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenarzt* 2004; 75(3): 281-302.
6. Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S, Breuer P, Diener G, Tschan R, et al. Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol* 2008; 255(3): 420-8.
7. Schmid G, Henningsen P, Dieterich M, Sattel H, Lahmann C. Psychotherapy in dizziness: A systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82(6): 601-6.
8. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst Appl* 2005; 28(4): 673-9.
9. Eckhardt-Henn A, Thomalske C. Three 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. *Journal Neural Neurosurgery Psychiatry* 2001; 248: 11-9.
10. Eckhardt-Henn A, Dieterich M. Psychiatric disorders in otoneurology patients. *Neurol Clin* 2005; 23(3): 731-49.
11. Furman JM, Jacob RG. Psychiatric dizziness. *Neurology* 1997; 48(5): 1161-6.
12. Piker EG, Jacobson GP, McCaslin DL, Gragtham SL. Psychological comorbidities and their relationship to self-reported handicap in samples of dizzy patients. *J AM Acad Audiol* 2008; 19(4): 337-47.
13. Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol* 2001; 14(1): 41-6.
14. Dieterich M, Eckhardt- Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenarzt* 2004; 75 (3): 281-302.
15. Baloh RW, Honrubia V. *Migraine In clinical neurophysiology of the vestibular system*. New York: Oxford University Press 2001; 75: 264-76.
16. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2003: 356- 60.
17. Staab J, Grace E. Psychological factors in patients with dizziness: Concepts, detection and treatment. *Journal of Pennsylvania University* 2009; 17: 30-9.
18. Staab JP. Chronic dizziness: The interface between psychiatry and neuro-otology. *Curr Opin Neurol* 2006; 19(1): 41-8.
19. Stein MB, Asmundson GJ, Ireland D, Walker JR. Panic disorder in patients attending a clinic for vestibular disorders. *AM J Psychiatry* 1994; 151(11): 1697-700.
20. Garcia FV, Coelho MH, Figueira ML. Psychological manifestations of vertigo: A pilot prospective observational study in a portuguese population. *Int Tinnitus* 2003; 91(1): 42-7.
21. Savastino M, Marioni G, Aita M. Psychological characteristics of patients with meniere's disease compared with patients with vertigo, tinnitus or hearing loss. *Ear Nose Throat J* 2007; 86(3): 148-56.
22. Schaaf H. Behavioral therapy approaches in vertigo disorders. *Psycho med* 1998; 10: 88-92.
23. 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.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43.
25. Johansson M, Akerlund D, Larsen HC, Andersson G. Randomized controlled trial of vestibular rehabilitation combined with cognitive behavioral therapy for dizziness in older people. *Otolaryngology Head Neck Surg* 2001; 125(3): 151-6.
26. Andersson G, Asmundson GJ, Denev J, Nilsson J, Larsen HC. A controlled trial of cognitive- behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in treatment of dizziness. *Behav Res Ther* 2006; 44(9): 1265-73.
27. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Magnusson M. One- year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neurol* 2007; 254(9): 1189-92.

## The effectiveness of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression and stress in female with Somatoform vertigo

Neda Asemi Zavare<sup>1</sup>, Ahmad Chitsaz<sup>2</sup>, Karim Asgari<sup>3</sup>, Hosein Ali Mehrabi<sup>4</sup>, Anise Jahanbazi<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** 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) on anxiety, depression and stress in female with somatoform vertigo.

**Methods and Materials:** This was a case-control research with pre test, post test and follow up. That was conducted in 2011 in laboratory of psychology at the Isfahan university. The sample was consisted of 28 patients with somatoform vertigo, according to the diagnosis of neurologist. Then, they randomly assigned to experimental and control group and completed The DASS test was used on both groups in pre test post test and follow up phases. The experimental group received CBSM for 10 sessions, each session 2 hour, for a period of 2.5 months. The data was analyzed by ANCOVA.

**Findings:** The mean of anxiety, Stress and depression scores, was significantly decreased in experimental group in posttest and follow up.

**Conclusions:** It is suggested that cognitive behavioral stress management have had a positive effect on decreasing anxiety, stress, and depression in patients with somatoform vertigo.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Stress Management, Somatoform Vertigo, Stress, Anxiety, Depression.

**Citation:** Asemi Zavare N, Chitsaz A, Asgari K, Mehrabi HA, Jahanbazi A. **The effectiveness of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression and stress in female with Somatoform vertigo.** J Res Behave Sci 2014; 11(5): 352-362

Received: 24.10.2012

Accepted: 28.07.2013

1-Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: neda.asemi@yahoo.Com

2- Associate professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

5- Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran