

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران با سرگیجه سایکوسوماتیک

فرناز ابهرزنجانی ۱ و مهری فرخی ترشیزی ۲

۱ دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار و عضو هیات علمی مؤسسه آموزش عالی اقبال لاهوری، خراسان  
رضوی، ایران، مؤلف مسؤل

Farnaz.zanjani@yahoo.com

۲ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

### چکیده

مقدمه: این پژوهش از نوع تحقیقات نیمه تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل) می باشد، که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به سرگیجه سایکوسوماتیک انجام گردید.

مواد و روش ها: جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال سرگیجه سایکوسوماتیک مراجعه کننده به کلینیک های روان درمانی شهر مشهد بودند که از بین آنها ۲۴ نفر به روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با انجام قرعه کشی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگماری شدند. ابزارهای اندازه گیری متغیرهای پژوهش قبل از مداخله درمانی برای هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند و همچنین پس آزمون و پیگیری نیز برای هر دو گروه اجرا شد. داده ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و با نرم افزار SPSS-19 تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، استرس کاهش و همچنین انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایشی بر خلاف گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری به طور معنادار افزایش یافت ( $p < 0/001$ ).

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی در اختلال روان تنی سرگیجه در پس آزمون و همچنین پیگیری به طور معنادار اثربخش بوده است.

**واژگان کلیدی:** شناختی رفتاری واحد پردازش ای؛ نشانگان بالینی؛ انعطاف پذیری روانشناختی؛ سرگیجه روان

تنی

## مقدمه

برخی از بیماری‌های فیزیکی به علت عوامل روانی مانند استرس و اضطراب تحت تاثیر قرار می‌گیرند. وضعیت روانی فرد در هر زمانی می‌تواند بر میزان شدت بیماری فیزیکی تاثیر بگذارد. نشانه‌های فیزیکی که بر اثر عوامل روان شناختی به وجود می‌آیند را علائم روان تنی یا سایکوسوماتیک می‌نامند که ویژگی‌های شخصیتی فرد، ژنتیک، محیط زندگی و عوامل بیولوژیکی می‌توانند در بروز این اختلالات نقش مهمی داشته باشند و با توجه به شرایط مختلف اثرات خفیف تا شدیدی بر کیفیت زندگی یک فرد داشته باشد (۱).

مطالعات علمی نشان می‌دهند که اختلالات جسمی مرتبط با استرس ذهنی به علت تحریک بیش از حد عصب‌های ارسال شده از مغز به قسمت‌های دیگر بدن می‌باشد که می‌تواند موجب ترشح آدرنالین در خون شود و اضطراب را ایجاد نماید. اختلالات روان تنی در حقیقت دردهایی با علائم جسمانی هستند که ریشه و منشا روانی دارند. افرادی که بیشتر در معرض آسیب‌های روان تنی قرار می‌گیرند معمولاً در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال می‌باشند (۲).

از جمله بیماری‌های روان تنی می‌توان به بیماری‌های گوارشی، میگرن، مشکلات مربوط به معده، مشکلات تنش عضلانی، کمر دردهای مزمن، مشکلات پوستی، پرکاری و کم‌کاری تیروئید، بی‌خوابی، سرگیجه، تهوع و استفراغ، ورم مزمن روده بزرگ و آلرژی اشاره کرد. سرگیجه از جمله علائم مهم و آزار دهنده می‌باشد که اکثر افراد مبتلا به اختلالات روان تنی از آن شکایت دارند. سرگیجه عبارت است از حالتی که بیمار احساس میکند محیط پیرامون او می‌چرخد و یا اگر چشمانش را ببندد می‌پندارد که دنیا دور سرش می‌چرخد (۳).

سرگیجه به دو دسته کلی مرکزی و محیطی تقسیم می‌شود که از آسیب به سیستم وستیبولر ناشی می‌شوند. اما مطالعات اخیر، نشان می‌دهد که یک نوع دیگر سرگیجه وجود دارد که توسط علل ارگانیکی قابل توجیه نیست بلکه بخاطر فشار عصبی و عوامل روانی ایجاد می‌شود که در دسته اختلالات روان تنی جای می‌گیرد که حدوداً نیمی از سرگیجه‌ها قسمتی از علائم روان تنی می‌باشد (۴).

استرس<sup>۱</sup>، یک نوع واکنش فیزیولوژیک بدن در مقابل تغییر، تهدید و فشار بیرونی یا درونی است که تعادل روانی فرد را برهم می‌زند که درجات و انواع مختلفی دارد و پاسخ‌های متفاوتی در افراد ایجاد می‌کند. به طوری که متغیرهایی همچون سن جنس، میزان تحصیلات، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، نژاد، ژنتیک از جمله عوامل سبب‌ساز هستند که این گوناگونی را منجر می‌شوند. استرس زیاد، واکنش‌های هیجانی شدید، نارضایتی شغلی، مشکلات اقتصادی اجتماعی، نارضایتی خانوادگی و بسیاری عوامل دیگر، احتمال ابتلا به دسته‌ای از اختلالات روانی را باعث می‌شوند (۵).

اضطراب عبارت است از احساس مبهم و توأم با ناراحتی که می‌تواند در ارتباط با آینده و فاقد یک عامل عینی و مشخص باشد. اضطراب، جنبه اصلی دارد. جنبه فیزیولوژیکی (افزایش ضربان قلب، افزایش تنفس، مقاومت الکتریکی پوست، تعریق، حالت تهوع)؛ جنبه رفتاری (کمبود رفتار؛ فزون رفتاری) و جنبه شناختی و روانی (تفسیرهای تهدید آمیز و ناخوشایند). اضطراب باعث می‌شود که افراد توانایی تشخیص موقعیت‌های مطمئن‌بخش و زیان‌بخش را از یکدیگر نداشته باشند (۶).

انعطاف‌پذیری روان شناختی، در معرض حفظ سازگاری مثبت علی‌رغم وجود تجارب استرس آور و داشتن قدرت تاب‌آوری در شرایط سخت می‌باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد افراد با درگیر شدن با فرایندهای پردازشی خودکار از جمله نشخوارهای فکری، شدت خطر را بیشتر از واقعیت برآورد کرده و کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان مانع از حل مسئله مؤثر شود که امروزه درمان آن با رویکردهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۷).

<sup>۱</sup> Stress

اختلال های روان تنی با ایجاد هزینه های مستقیم جهت اقدامات تشخیصی و درمانی، بازتوانی و پیشگیری و همچنین، هزینه های غیرمستقیم از جمله کاهش توان فردی، کاهش نیروی فعال جامعه، بار خانوادگی اثرات زیان باری بر جامعه می گذارند. این اختلالات علاوه بر روان، جسم را نیز درگیر می کنند. پژوهش ها تائید کننده این امر هستند که تنشهای هیجانی باعث اختلال در سیستم عصبی خودکار و غدد برون ریز می شوند(۸).

یکی از درمانها، درمان شناختی رفتاری واحد پرده ای می باشد، که برگرفته از نظریه پیمانانه ای بودن ذهن "جری فودرو" است که شامل تکنیک های پرده ای خودپایشی، آموزش مهارتهای اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است. هدف از این درمان حفظ مزایای استاندارد شده پروتکل های شناختی رفتاری با بوجود آوردن سطح انعطاف پذیری بالا از طریق استفاده از دستورالعمل های کاربردی فردی می باشد (۹).

معماری ذهن از نظر فودور به این گونه است که داده های خام در اختیار واحدهای پردازنده اطلاعات قرار می گیرد. در این واحدها داده ها به طور انعطاف پذیر به سرعت پردازش می شوند و در نتیجه به حل مسئله، تصمیم گیری و طرح ریزی رفتاری کمک می کند. نتیجه نهایی این بخش شکل گیری نظام باورها و دیدگاه های نظری فرد درباره خود، جهان و آینده است. روش های درمانی در پروتکل شناختی رفتاری واحد پرده ای، غالباً در بزرگسالان و ادامه ای آن برای کودکان و از جمله کودکان فوبیک در اوایل قرن بیستم تهیه شده است که ادامه و گسترش آن در ۳۰ سال اخیر بوده است. تکنیک های مورد استفاده در پروتکل واحدی برگرفته از یک مجموعه ای تا حد زیادی همگن از تکنیک های شناختی رفتاری می باشد که این تکنیک ها در بیش از ۴۰ سال تحقیقات تجربی بررسی شده و مورد تایید قرار گرفته است (۱۰).

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پرده ای بر ترس، انعطاف پذیری روان شناختی و نشخوار های فکری بیماران مبتلا به بیماری روان تنی سرگیجه انجام گردید.

#### مواد و روش ها:

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل) بود. جامعه آماری تحقیق جاری، تمامی بیماران مبتلا به اختلال روان تنی سرگیجه مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی در شهر مشهد می باشد که ۲۴ نفر از این افراد به روش دردسترس انتخاب و ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به روش تصادفی جایگماری شدند. در این پژوهش قبل از اجرای طرح درباره مسایل اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات (تعهد کتبی از شرکت کنندگان برای عدم نشر اطلاعات بقیه اعضای گروه و عدم ملاقات یکدیگر در خارج از گروه درمانی)؛ تخصیص تصادفی شرکت کنندگان در گروه ها؛ حق خروج از تحقیق در هر زمانی که تمایل داشتند، صحبت شد. ملاک های ورودی پژوهش عبارتند از سابقه حداقل سه ماه شکایت از سرگیجه، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم وجود اختلالات شناختی به علت آسیب مغزی، عدم وجود بیماری تشخیصی سیستم عصبی مرکزی، عدم دریافت درمان دیگری همزمان با طرح پژوهشی و عدم مصرف داروی روان پزشکی در طول دوره پژوهش می باشد و همچنین ملاک های خروجی عبارت است از تشخیص اختلال دیگر روان شناختی محور یک، وجود اختلال روان پریشی، داشتن بیماری ناتوان کننده. به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش پس از اتمام طرح، به گروه گواه نیز درمان شناخت رفتاری واحد پرده ای نیز ارائه شد.

در جلسات گروه درمانی، تکنیک هایی از قبیل توصیف کلی از رویکرد درمانی؛ ساختن انتخاب موارد نردبان ترس؛ آماده سازی درمانجو برای تمرینات مواجهه؛ صحبت کردن درباره احساسات منفی و مثبت خود در جمع و مواجهه با آن؛ مهارت های زندگی از جمله اعتماد به نفس، حل مسأله و تصمیم گیری؛ تاثیراندیشه بر احساس؛ بازسازی شناختی؛ پرسشگری سقراطی درباره اندیشه های فاجعه آمیز؛ انجام تکایف خانگی، فاجعه زدایی؛ همکاری والدین جهت تمرینات مفرح و لذت بخش، پاداش، استراتژی های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت آموزش داده شد. جهت ارزیابی متغیرهای انعطاف پذیری روانشناختی و افسردگی، اضطراب، استرس از ابزار و پرسشنامه های DASS-42 و Acceptance and Action Questionnaire-II استفاده شد.

**پرسشنامه DASS-42:**

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS-42 که توسط Lovibond F & Lovibond SH ساخته شد. سه مقیاس خود سنجی دارد که برای اندازه گیری افسردگی، اضطراب، استرس طراحی شده است. هر سوال ۴ درجه ای از صفر (اصلا) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره گذاری می شود. خرده مقیاس ها شامل افسردگی ( ۳؛ ۵؛ ۱۰؛ ۱۳؛ ۱۶؛ ۱۷؛ ۲۱؛ ۲۴؛ ۲۶؛ ۳۱؛ ۳۴؛ ۳۷؛ ۳۸؛ ۴۲) و اضطراب ( ۱؛ ۶؛ ۸؛ ۱۱؛ ۱۲؛ ۱۴؛ ۱۸؛ ۲۲؛ ۲۷؛ ۲۹؛ ۳۲؛ ۳۳؛ ۳۵؛ ۳۹) و استرس ( ۲؛ ۴؛ ۷؛ ۹؛ ۱۵؛ ۱۹؛ ۲۰؛ ۲۳؛ ۲۵؛ ۲۸؛ ۳۰؛ ۳۶؛ ۴۰؛ ۴۱) می باشد. زیر مقیاس افسردگی ملالت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، ناارزنده سازی خود، فقدان علاقه و مشارکت، بی لذتی و سکون را اندازه می گیرد. زیر مقیاس اضطراب، بیش برانگیختگی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار می دهد و همچنین زیر مقیاس استرس، دشواری دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری، بی قراری را در بر می گیرد. در یک جمعیت غیربالیینی همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰ و در مطالعه با جمعیت بالینی ضرایب همسانی درونی ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار و پایایی این سه خرده مقیاس در ایران ۰/۶۸، ۰/۶۲، ۰/۷۸ گزارش شده است.

**پرسشنامه Acceptance and Action Questionnaire-II:**

این پرسشنامه تنوع، پذیرش، اجتناب، انعطاف پذیری روانشناختی را مورد بررسی قرار می دهد. در پژوهش های خارجی، میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ بدست آمد. این پرسش نامه بر اساس مقدار مورد توافق در یک مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره گذاری می گردد. حداقل ممره اکتسابی در این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر ۷۰ می باشد و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر می باشد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش ایرانی ۰/۷۱ و همسانی درونی آن ۰/۷۶ گزارش شده است.

**یافته ها:**

داده های حاصل از پژوهش جاری بوسیله SPSS19، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و از میانگین و انحراف معیار جهت یافته های توصیفی و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای تبیین یافته های تحقیق، استفاده شد. در این تحقیق پس از گزینش اولیه از بین متقاضیان ارجاع داده شده توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی شاغل در کلینیک ها و کارمندان دانشگاه های سطح شهر مشهد برای شرکت در پژوهش جاری، از نظر معیارهای شمول، ۲۴ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی و با قرعه کشی در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند.

**جدول ۱ ویژگی های توصیفی نمونه های پژوهش در گروه های آزمایشی و گروه کنترل**

$p > 0.05$	گروه کنترل ۱۲ نفر	گروه آزمایشی ۱۲ نفر		
$\chi^2 = 0.99$			زن	جنسیت
	۵۷/۳٪	۶۶/۵٪	مرد	
$\chi^2 = 0.98$			متاهل	وضعیت تاهل
	۴۶/۷٪	۵۰٪	مجرد	
	۲۸/۷٪	۲۷٪	جدا شده	
$F = 0.11$	۲۹/۵۰ (۶/۴۰)	۲۹/۳۳ (۷/۶۱)		سن (M)SD

(p&gt;0/05)

همانطور که در جدول فوق نشان داده شد، بر اساس آزمون خی دو، بین دو گروه از نظر تعداد زن و مرد، تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $\chi^2 = 0/99$ ،  $p > 0/05$ ) و همچنین، از نظر وضعیت تاهل نیز، تفاوت معنادار آماری دیده نمی شود. ( $\chi^2 = 0/98$ ،  $p > 0/05$ ) و بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، بر اساس آزمون تحلیل واریانس تفاوت معنادار آماری از نظر سنی وجود نداشت و میانگین سنی در گروه آزمایشی، 29/33 سال و در گروه گواه، 29/50 سال می باشد.

### جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	پیش آزمون ( $\sigma$ )M	پس آزمون ( $\sigma$ )M	پیگیری ( $\sigma$ )M
افسردگی	20/80(3/33)	11/11(1/88)	13/32(5/01)
اضطراب	28/07(2/02)	14/41(6/06)	15/09(4/23)
استرس	27/07(4/44)	15/53(6/06)	18/81(3/90)
انعطاف پذیری روان شناختی	20/36(7/07)	38/83(4/09)	33/33(7/01)
افسردگی	20/50(5/05)	23/09(6/00)	22/22(3/30)
اضطراب	26/98(4/44)	23/98(8/60)	25/54(3/00)
استرس	28/09(4/94)	27/09(6/66)	26/09(5/55)
انعطاف پذیری روان شناختی	22/08(6/54)	25/09(5/55)	23/32(2/22)

( $p > 0/05$ )

در جدول فوق، نتایج اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به سرگیجه نمایش داده شد.

### جدول ۳ تحلیل واریانس ابعاد متغیرهای وابسته گروه آزمایشی

متغیرها	Partial $\eta^2$	MS	SS	F	df	Sig
افسردگی	0/78	216/88	108/44	40/84	2	0/00
اضطراب	0/69	261/71	130/85	86/77	2	0/02
استرس	0/77	108/44	130/85	51/04	2	0/01
انعطاف پذیری روان شناختی	0/81	916/44	458/22	222/34	2	0/00

( $p > 0/05$ )

در جدول ۳ اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به سرگیجه سایکوسوماتیک بررسی شده است و در نتیجه این بررسی ها می توان مشاهده نمود که معنی داری متناظر با هر چهار متغیر وابسته از خطای ۰/۰۵ کمتر بوده و لذا می توان با اطمینان ۹۵ درصد اظهار داشت: عضویت گروهی جهت درمان درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای، با اندازه اثر ۷۸ درصد بر کاهش افسردگی و با اندازه اثر ۶۹ درصد بر کاهش اضطراب و با اندازه اثر ۷۷ درصد بر کاهش استرس و با اندازه ۸۱ درصد بر بهبود انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به سرگیجه سایکوسوماتیک اثربخشی معناداری نسبت به گروه گواه داشته است.

**بحث:**

این پژوهش، جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر افسردگی، اضطراب، استرس و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به سرگیجه سایکوسوماتیک تدوین شد که نتایج، فرضیه تحقیق را تایید نمود که با مطالعات لامهالت و همکاران (۲۰۲۰)؛ تلمان و همکاران (۲۰۲۰)؛ بروس و همکاران (۲۰۰۴) همسو می باشد. (۱۱) و (۱۲) و (۱۳).

در تبیین این فرضیه می توان گفت که بیماران روان تنی بخاطر اضطراب و استرسی که تحمل می کنند، دچار نوعی خود اشتغالی ذهنی همراه با افکار نگران کننده و منفی می شوند و اغلب به ارزیابی شناختی منفی، هیجان های منفی و واکنش فیزیولوژیک نامطلوب آنان می انجامد. درصد بالایی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک، افسردگی را نیز تجربه می کنند که این علائم می تواند زمینه ساز، تشدید کننده و تداوم بخش علائم روان تنی باشند. درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای با استفاده از تکنیک هایی از جمله " نردبان ترس؛ مواجهه؛ بازسازی شناختی؛ پرسشگری سقراطی درباره اندیشه های فاجعه آمیز؛ فاجعه زدایی؛ تمرینات مفرح و لذت بخش و پاداش " استراتژی های محوری درمان، گرایشات رفتاری، هیجانی و شناختی که زیربنای مشترک در تمام اختلالات خلقی هستند را هدف درمان نشانگان بالینی این بیماران قرار می دهد و به آنها جهت کاهش و مدیریت تنش و نگرانی کمک می کند و همچنین با کمک گرفتن از تکنیک های " تاثیراندیشه بر احساس؛ بازسازی شناختی؛ همکاری والدین جهت تمرینات مفرح و لذت بخش، پاداش، استراتژی های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت " به مراجع یاد می دهد که چگونه روش های آگاهانه انتخاب شده را بجای روش های عادت شده در مقابله با موقعیتهای اضطراب آور و ناخوشایند جایگزین نماید (۱۴).

در رابطه با انعطاف پذیری روانشناختی، تحقیقات علمی McCracken و همکاران (۲۰۱۰) (۱۵) بیان می کند که در نشانگان روان تنی، میزان انعطاف پذیری روانشناختی کاهش می یابد. همچنین Clarke و همکاران (۲۰۱۴) (۱۶)، در مطالعه ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک مقاوم به درمان های دارویی و غیره بررسی کردند که نتایج حاکی از اثربخشی معنار آماری بود. دیویدسون و همکارانش گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای باعث فعال شدن بخشی از مغز می شود که با عواطف مثبت و اثرات سودمند کارکرد ایمن سازی مرتبط است و تکنیک هایی بکار می برد که دیدگاه فرد را درباره اجتناب از مواجهه با افکار و خلش تغییر می دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی افکار و احساسات ناخوشایند و پذیرش آن سوق دهد تا بیمار تاب آوری و انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری را تجربه کند که با نتایج تحقیقات مورد و همکاران (۲۰۱۵) (۱۷) و کلیوند و همکاران (۲۰۱۵) (۱۸) همسو می باشد.

بر اساس نظریه فو (۲۰۰۵) محور اصلی در درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر مواجهه استوار است. بدین صورت که از طریق مواجهه، ادراک افراد درباره تهدید یا موقعیت آسیب زا اصلاح شده و در نهایت می فهمند که نگرانی آنها متناسب با موقعیت نبوده است. بازخوردهای مشابه افراد نسبت به هم در اجرای گروهی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای باعث می شود که ناتوانی در بازشناسی و تمایز بین حالت های خلقی و حس های بدنی و فقدان جلوه های عاطفی چهره کاهش یابد و همچنین در گروه درمانی به دلیل این که اعضای گروه نقشی را در زمینه مشکل خود بر عهده می گیرند و فعالانه به اجرای نقش خود می پردازند و در انتها تقویت و پسخوراند مثبتی از سوی دیگر اعضا دریافت می کنند، اثربخشی بهتری دارد (۱۹) و (۲۰). در مجموع می توان گفت که در فرایند درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای به دنبال افزایش خود پذیری، هدفمندی بیماران مبتلا به علائم روان تنی، احساسات منفی و نشانگان بالینی آنان کاهش و انعطاف پذیری روان شناختی افزایش می یابد.

**نتیجه گیری:**

نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای، بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی در دو مقطع زمانی ارزیابی یعنی پس از آزمون و پیگیری (سه ماه بعد از پس آزمون) اثربخشی معناداری داشته پس جهت کاهش نشانگان بالینی و بهبود و تقویت انعطاف پذیری روانی بیماران مبتلا به سرگیجه سایکوسوماتیک موثر واقع شده است.

### تقدیر و تشکر:

از همه بزرگوارانی که در تدوین این اثر علمی به بنده کمک کردند، نهایت سپاسگزاری و قدردانی را دارم.

### تضاد منافع:

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

### References:

- 1- Becker, E. M., Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. Modular cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A closer look at the use of specific modules and their relation to treatment process and response. *School Mental Health*.2012. 4(4), 243-253.
- 2- Bruce F.ChorpitaAlissa A.TaylorSarah E.FrancisCatherineMoffittAyda A.Austin. *Behavior Therapy*. Volume 35, Issue 2, Spring 2004, Pages 263-287. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80039-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80039-X).
- 3- Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *JCBS* 2014; 3(3): 179-88.
- 4- Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive behaviors* .2018; 33(5): 675-88.
- 5- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. In *Social Anxiety*. 2014. (pp. 705-728). Academic Press.
- 6- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O., & Mitchell, J. T. BIS, BAS, and bias: The role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2012. 52(3), 395-400.
- 7- Kolivand P, Nazarimahin A, Jafari R. The effect of eognitive-behavioral therapy on pain intensity in patients with chronic pain. *ShKKJ* .2015; 3(3): 70-5.
- 8- Lomholt, J. J., Johnsen, D. B., Silverman, W. K., Heyne, D., Jeppesen, P & Thastum, M. Feasibility Study of Back2School, a Modular Cognitive Behavioral Intervention for Youth With School Attendance Problems. *EDUCATIONAL PSYCHOLOGY*. *Front. Psychol.*, 06 April 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00586>
- 9- McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*. 2010; 148(1): 141-7.
- 10- Mourad G. Improving care for patients with non-cardiac chest pain- Description of psychological distress and costs, and evaluation of an Internet-delivered intervention. 1nd ed. Sweden: Linköping University Electronic Press; 2015: 37-43.
- 11- Nazawa I, Imamura S, Hashimoto K, Murakami Y. Psychosomatic aspects of patients complaining of dizziness or vertigo with orthostatic dysregulation. *Auris Nasus Larynx*. 2016; 25(1): 33-8.
- 12- Ordaz, D. L. Lewin, A. B. & Storch, E. A. Modular Cognitive-Behavioral Therapy for a young adult with autism. 2018. spectrum disorder, comorbid obsessive compulsive disorder, and social anxiety disorder. *Clinical Case Studies*. 17(3), 136-149.
- 13- Pieh,C., Budimir, S., Probst,T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 136, September 2020, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- 14- Pozza, A., Dèttore, D. Modular cognitive- behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra- high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial. *JOURNAL of clinical of psychology*. First published: 19 November 2019. <https://doi.org/10.1002/jclp.22901>
- 15- Rosanna, S. Ruby, G. Luu, P. Lisa, A. Cooper, Donna Strobino, Neil R. Powe, Wanda Nicholson, longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: *The health status in pregnancy (HIP) Study*: *Matern Child Health Journal*; 2019. 13(6), 577-587.

- 16- Sbrini, G., Brivio, P., Mineva, P.P., Todiras, M., Bader, M., Alenina, N & Calabrese, F. The Absence of Serotonin in the Brain Alters Acute Stress Responsiveness by Interfering With the Genomic Function of the Glucocorticoid Receptors. *ORIGINAL RESEARCH ARTICLE*. <https://doi.org/10.3389/fncel.2020.00128>
- 17- Telman. L. G. E., Van Steensel, J., Ariënne J. C. V., Susan. M. B & Maric.M. CBT for Youth Social Anxiety Disorder: A Case Series Examining Initial Effectiveness. *Journal Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* Volume 5, 2020 - Issue 1. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1727791>
- 18- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*.2017. 90(23), 123-136.
- 19- Kroenke K, Hoffmann RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J* .2018; 93(2): 160-7.
- 20- Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Xi, X., Guo, Y., Fang, M. & Du, Y. Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*. 2017. 7(10), 40511-519.