

علائم روان‌شناختی در بیماران با شکایت سرگیجه مزمن

دکتر احمد چیت‌ساز^۱، دکتر فریبرز خوروش^۲، دکتر علی غلامرضایی^۳، آزاده نورمحمدی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرگیجه (Dizziness) از شایع‌ترین شکایات طبی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های نورولوژی است. نیمی از موارد اختلالات سرگیجه با علل ارگانیک به خوبی توجیه نمی‌شوند و با اختلالات روان‌پزشکی همراه هستند که به شدت، زندگی بیماران را مختل می‌کند. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی نوع سرگیجه و ارتباط آن با اختلالات روان‌شناختی در بیماران با شکایت سرگیجه‌ی مزمن بوده است.

روش‌ها: این مطالعه‌ی چند مرکزی و مقطعی بر روی بیماران ۱۸ تا ۶۵ ساله‌ی مبتلا به سرگیجه که به دو کلینیک نورولوژی در شهر اصفهان مراجعه کردند، بین سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. بیماران پرسش‌نامه‌های تجدید نظر شده‌ی فهرست علائم ۹۰ سؤالی (SCL-90R) یا (Symptom checklist-90-R) و ابزار سنجش شدت سرگیجه (VSS-SF یا Vertigo symptom scale-short form) را تکمیل کردند و بر اساس تشخیص نوع سرگیجه به دو گروه ارگانیک و غیر ارگانیک تقسیم شدند. برای مقایسه‌ی متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون‌های t مستقل (و در صورت غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون Mann-Whitney) استفاده شد.

یافته‌ها: طی مطالعه، ۱۷۹ بیمار مبتلا به سرگیجه با دامنه‌ی سنی $43/2 \pm 13/2$ سال وارد مطالعه شدند که ۷۰/۹ درصد آن‌ها را زن تشکیل می‌داد. از این تعداد، ۱۳۳ نفر (۷۴/۳ درصد) سرگیجه‌ی ارگانیک و ۴۶ نفر (۲۵/۷ درصد) سرگیجه‌ی غیرارگانیک داشتند. نمره‌ی ابعاد شکایت‌های جسمانی، وسواس-اجبار، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئیدی و نمره‌ی شاخص کلی بیماری (GSI یا Global severity index) در افراد دارای سرگیجه‌ی غیر ارگانیک به طور معنی‌داری بیشتر از گروه دیگر بود. بین نمره‌ی کلی شدت سرگیجه و تمامی ابعاد پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (ضریب همبستگی Pearson از ۰/۶۰۳ برای بعد شکایات جسمانی تا ۰/۳۸۰ برای بعد ترس مرضی بود؛ $P < 0/001$). نمره‌ی کلی شدت سرگیجه بین دو گروه متفاوت نبود، اما نمره‌ی بعد سرگیجه/تعادل در افراد دارای سرگیجه‌ی ارگانیک و نمره‌ی بعد اتونومیک/اضطراب در افراد دارای سرگیجه‌ی غیر ارگانیک نسبت به گروه دیگر به طور معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، بین علائم روان‌شناختی و شدت سرگیجه ارتباط وجود داشت و بیماران با سرگیجه‌ی غیر ارگانیک از سرگیجه‌ی شدیدتری رنج می‌بردند؛ گرچه جهت بررسی رابطه‌ی علت-معلولی نیاز به انجام مطالعات آینده‌نگر است. بدین ترتیب، شیوع بالای علائم روان‌شناختی در مطالعه‌ی کنونی، لزوم یافتن راهکارهای علمی و عملی مناسب به منظور برخورد مناسب با اختلالات سرگیجه در بیماران را مشخص می‌نماید.

واژگان کلیدی: سرگیجه، گجی، علائم روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی، روان‌پریشی، اختلالات سوماتوفرم

ارجاع: چیت‌ساز احمد، خوروش فریبرز، غلامرضایی علی، نورمحمدی آزاده. علائم روان‌شناختی در بیماران با شکایت سرگیجه مزمن.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۲۹): ۳۳۲-۳۳۲

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- دانشیار، گروه اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، پژوهشگر، مرکز پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: nour_azadeh@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: آزاده نورمحمدی

مقدمه

سرگیجه (Dizziness) از شایع‌ترین شکایات طبی بعد از سردرد، در بیماران مراجعه کننده به کلینیک های نورولوژی است (۱). علل زمینه‌ساز سرگیجه دارای تنوع زیادی می باشد و شامل اختلالات وستیبولار مرکزی و محیطی، علل ارگانیک غیروستیبولار و علل غیرارگانیک (اختلالات سوماتوفرم و روان‌شناختی) می شود (۲).

در چند دهه‌ی اخیر، توجه ویژه‌ای به بررسی فراوانی اختلالات روان‌شناختی (Psychiatric disorders) و عوارض وابسته به آن در بیماران مبتلا به سرگیجه شده است. در ۲۰-۵۰ درصد از کل موارد اختلالات سرگیجه، اختلالات روان‌شناختی تأثیر مهمی بر سیر بیماری دارد. بر اساس مطالعات، اضطراب شایع‌ترین اختلال روانی این بیماران می باشد که باعث افزایش مرگ و میر آنان شده، پیش‌آگهی بیماری را بدتر می کند (۳). ارتباط اضطراب و سرگیجه متقابل است؛ به این معنی که، بیماران با حملات غیرقابل پیش‌بینی سرگیجه، مستعد اضطراب قبل از وقوع حمله‌ی سرگیجه و متعاقب آن، دچار رفتار اجتنابی هراسی می شوند. همچنین، بیمارانی که در طی حملات سرگیجه دچار اضطراب و ترس شدیدی می شوند، علایم جسمانی بیشتری (از جمله سرگیجه) را تجربه می کنند (۴). در رابطه با موارد بالای همراهی سرگیجه با اختلالات روان‌شناختی دو مدل ارایه شده است:

۱. مدل سایکوسوماتیک (Psychosomatic):

سرگیجه بیمار بدون وجود هر گونه بیماری ارگانیک اولیه ایجاد شده و در حقیقت تظاهری از یک اختلال روان‌شناختی است (سرگیجه‌ی سوماتوفرم اولیه).

اختلالات اضطرابی و هراسی (Phobic disorders)، شایع‌ترین علل زمینه‌ساز این نوع سرگیجه هستند (۵-۷). همچنین، حملات سرگیجه می تواند، تظاهری از یک اختلال پانیک باشد (۸).

۲. مدل سوماتوسایکیک (Somatopsychic): تأثیر پاتولوژیک اختلال ارگانیک بر ذهن بیمار است؛ به گونه‌ای که منجر به تداوم علایم سرگیجه، با وجود برطرف شدن اختلال ارگانیک زمینه‌ای شود (۹). بیماران دچار بیماری‌های وستیبولار حاد، که با وجود درمان‌های موجود بهبود نیافته‌اند، در خطر سرگیجه‌ی طولانی مدت و ناتوانی در زندگی روزمره هستند و اغلب، علت آن تشخیص داده نمی شود (سرگیجه‌ی سوماتوفرم ثانویه). ارزیابی های وستیبولار به تنهایی نمی تواند میزان ناتوانی حقیقی این بیماران را مشخص کند (۱۰). به طور متوسط، در ۳۷/۵ درصد از موارد بیماری‌های وستیبولار حاد، خطر ایجاد اختلالات روان‌پزشکی نظیر اضطراب (۱۴ درصد)، اختلالات سوماتوفرم (۱۵ درصد) و افسردگی (۹ درصد) گزارش شده است (۱۱). در مطالعه‌ای، ۵۹ بیمار با اختلالات وستیبولار از جهت خطر ایجاد سرگیجه‌ی سوماتوفرم ثانویه به مدت یک سال، مورد بررسی قرار گرفتند؛ سابقه‌ی مثبت از اختلالات روان‌شناختی در شرح حال بیماران، به عنوان قوی‌ترین عامل خطر گزارش شد (۱۲). نتایج مطالعه‌ی ۶۸ بیمار مبتلا به سرگیجه ارگانیک وستیبولار نشان داد که میزان نقص وستیبولار و اختلال عملکرد آن در طول زمان هیچ تأثیری بر ایجاد سرگیجه‌ی سوماتوفرم ثانویه نداشته است (۱۳). در مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داده شده است که اختلال ارگانیک وستیبولار به تنهایی عامل ایجاد اختلالات

روان‌شناختی زمینه‌ای، به منظور درک کامل تر الگوی بیماری و ارتباط آن با سرگیجه، ضروری است. مطالعات، همگی بر اهمیت کاربرد هم‌زمان ارزیابی های تشخیصی ارگانیک و سایکومتریک در بیماران با سرگیجه ی طولانی مدت تأکید کرده و نشان داده‌اند که ابزارهای روان‌سنجی روش به صرفه‌ای در غربالگری اختلالات روان‌شناختی در بیماران با سرگیجه‌ی ارگانیک و غیر ارگانیک می‌باشد (۱۷-۱۸). با در نظر گرفتن همراهی سرگیجه با اختلالات روان‌شناختی و اهمیت تأثیر آن در کیفیت زندگی بیماران، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین نوع سرگیجه و ارتباط آن با اختلالات روان‌شناختی، در بیماران با شکایت سرگیجه‌ی مزمن انجام شد.

روش‌ها

بیماران و بستر مطالعه

این مطالعه‌ی مقطعی بر روی بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان‌های الزهرا (س) و نور و علی اصغر (ع) اصفهان بین سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ اجرا شد. معیارهای ورود شامل سن ۱۸ تا ۶۵ سال، سرگیجه‌ی طول کشیده به مدت حداقل ۳ ماه، فقدان بدخیمی یا بیماری شناخته شده‌ی سیستم عصبی مرکزی، فقدان اختلالات شناختی به علت بیماری مغزی یا سایکوتیک اخیر، عدم انجام روان‌درمانی اخیر، عدم دریافت داروی روان‌پزشکی در زمان آزمون و رضایت به شرکت در تمام آزمون‌های تشخیصی بود.

نمونه‌گیری به روش پی در پی بود و با در نظر گرفتن خطای نمونه‌گیری برابر ۹، حجم نمونه ۱۷۱

اضطرابی و افسردگی در این بیماران نیست (۱۴). نزدیک به نیمی از مبتلایان به سندرم‌های سرگیجه‌ای ارگانیک، در سیر بیماری خود از یک سرگیجه‌ی سوماتوفرم ثانویه رنج می‌برند، در حالی که، ارزیابی های بیشتر شواهدی به نفع وجود اختلال عملکرد ارگانیک در این بیماران نشان نمی‌دهد. از طرف دیگر، تصور ذهنی این بیماران مبنی بر طبی بودن صرف اتیولوژی این اختلال، مانع از مراجعه‌ی آن‌ها به روان‌شناس یا روان‌پزشک می‌شود؛ به همین دلیل، علائم جسمی و روانی این بیماری ممکن است سال‌ها ادامه پیدا کرده، به صورت مزمن در آید. همچنین، افتراق بین سرگیجه با اختلال زمینه‌ای ارگانیک و روان‌شناختی مشکل است؛ چرا که، برداشت بیمار از هر دو نوع سرگیجه مشابه است و تمام انواع کیفیت‌های سرگیجه نظیر احساس عدم تعادل یا افتادن و چرخش یا سبکی سر را می‌تواند در بر گیرد.

شیوع اختلالات اضطرابی و هراسی در بیماران با سرگیجه‌ی سوماتوفرم اولیه (غیر ارگانیک) تا ۴۵ درصد گزارش شده است که، با شیوع تا ۴۱ درصد آن‌ها در بیماران با انواع سندرم‌های سرگیجه‌ای ارگانیک قابل مقایسه است. پزشکان، اغلب به علت این که شکایت اصلی بیمار سرگیجه است، ارزیابی روان‌شناختی (سایکومتریک) از بیماران به عمل نمی‌آورند و در نتیجه، اختلالات سرگیجه‌ی غیر ارگانیک در تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته نمی‌شود یا خیلی دیر به ذهن می‌رسد؛ این عامل، منجر به مزمن شدن بیماری و کاهش کیفیت زندگی بیماران و تحمیل هزینه‌های زیادی به سیستم بهداشتی می‌شوند (۱۶-۱۵). بنابراین، ارزیابی از جهت عوامل

نفر در نظر گرفته شد.

این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید و تصویب گردید و رضایت‌نامه‌ی کتبی از بیماران اخذ شد.

ارزیابی‌ها

تمام بیماران توسط نورولوژیست مورد ارزیابی کامل نورولوژیک شامل معاینه‌ی نوروستیبولار، تست‌های وستیبولار، تست‌های وضعیت و بررسی عملکرد اکولوموتور و ارزیابی سایکومتریک قرار گرفتند و در صورت نیاز، Brain MRI جهت بررسی سایر علل ارگانیک درخواست شد.

جهت ارزیابی سایکومتریک، بیماران به صورت خود-ایفا پرسشنامه‌هایی را تکمیل کردند؛ جهت غربال‌گری اختلالات روان پزشکی از سؤالات آزمون استاندارد سیمین‌المللی SCL-90-R (Symptom checklist) استفاده شد که در ایران هنجاریابی و ترجمه شده است (۱۹). این آزمون، شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است که توسط آزمودنی گزارش می‌گردد. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی «هیچ» تا «به شدت» مشخص می‌گردد. ۹۰ سؤال این آزمون ۹ بعد مختلف روانی را در بر می‌گیرد که شامل جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی هستند. شاخص کلی بیماری (GSI یا Global severity index) میانگین نمره‌های تمام پرسش‌های آزمون است و در دامنه‌ای بین صفر تا چهار می‌تواند در نوسان باشد.

جهت ارزیابی شدت سرگیجه‌ی بیماران از ابزار سنجش شدت سرگیجه (VSS-SF) یا (Vertigo symptom scale-short form) استفاده شد که شامل ۱۵ سؤال در دو زیر مقیاس سرگیجه/تعادل [Vertigo/balance (VSS-V)] و زیرمقیاس اتونومیک/اضطراب [Autonomic/anxiety (VSS-A)] می‌باشد. پاسخ به سؤالات در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ پاسخ داده می‌شود و نمره‌ی نهایی پرسشنامه، جمع نمرات از ۰ تا ۶۰ است؛ نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی شدت علایم بیشتر است و نمره‌ی بیشتر یا مساوی ۱۲ به عنوان سرگیجه‌ی شدید (Severe vertigo) تعریف شده است.

آنالیز داده‌ها

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶/۰ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز آماری شد. برای متغیرهای کمی و کیفی، به ترتیب از گزارش میانگین \pm انحراف معیار و عدد (درصد) استفاده شد. مقایسه‌ی متغیرهای کمی بین دو گروه با استفاده از آزمون Independent-t، و در صورت غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون Mann-Whitney، انجام گرفت. برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی اسمی و رتبه‌ای بین دو گروه، به ترتیب از آزمون‌های χ^2 و Mann-Whitney استفاده شد. در تمام آنالیزها، سطح معنی‌داری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در زمان انجام مطالعه، ۱۸۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد، داده‌های پرسشنامه‌ی SCL-90-R برای ۵ نفر ناقص بود و این افراد از مطالعه حذف شدند. در نهایت، داده‌های مربوط به

۱۷۹ نفر مورد آنالیز قرار گرفت. میانگین سنی افراد مورد بررسی $13/2 \pm 43/2$ سال بود و $70/9$ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دادند. از این بین، ۱۳۳ نفر (۷۴/۳ درصد) سرگیجه‌ی ارگانیک و ۴۶ نفر (۲۵/۷ درصد) سرگیجه غیرارگانیک داشتند. جدول ۱ نشانگر میزان فراوانی نسبی علل مختلف سرگیجه‌ی ارگانیک در بین افراد مورد مطالعه است. مقایسه‌ی خصوصیات دموگرافیک و بالینی افراد با

سرگیجه‌ی ارگانیک و غیر ارگانیک در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. افراد دارای سرگیجه‌ی ارگانیک سن بیشتر داشتند اما از نظر جنس، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نبود. نمره‌ی کلی شدت سرگیجه بین دو گروه متفاوت نبود؛ اما نمره‌ی بعد سرگیجه/تعادل در افراد دارای سرگیجه‌ی ارگانیک و نمره‌ی بعد اتونومیک/اضطراب در افراد دارای سرگیجه‌ی غیر ارگانیک به طور معنی‌داری بیشتر بود.

جدول ۱. فراوانی نسبی علل مختلف سرگیجه‌ی ارگانیک در بین افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	علل ارگانیک
۳۵/۶	Benign paroxysmal positional vertigo
۱۸/۲	Ménière's disease
۱۶/۷	Acute vestibulitis
۹/۸	Acute vestibulopathy
۷/۶	Migraine
۳/۰	Vertiginous migraines
۲/۳	Labyrinthitis
۲/۳	Multiple sclerosis
۲/۳	Vertebrobasilar insufficiency (VBI)
۱/۵	Vertiginous Seizures
۰/۸	Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP)

جدول ۲. مقایسه‌ی مشخصات دموگرافیک و بالینی افراد مورد مطالعه بر اساس نوع سرگیجه

مقدار P	غیر ارگانیک n = ۴۶	ارگانیک n = ۱۳۳	
۰/۰۲۹	$39/57 \pm 12/15$ [۱/۷۹۱]	$44/53 \pm 13/46$ [۱/۱۶۷]	*سن (سال)
۰/۱۴۰	۳۶/۱۰	۹۱/۴۲	**مرد/زن
۰/۷۸۶	$19/29 \pm 9/46$ [۱/۴۱۱]	$18/82 \pm 10/26$ [۰/۹۰۰]	*شدت سرگیجه (Vertigo symptom scale یا VSS)
< ۰/۰۰۱	$5/75 \pm 4/36$ [۰/۶۵۷]	$10/73 \pm 6/90$ [۰/۶۰۸]	*زیرمقیاس سرگیجه/تعادل (VSS-V)
< ۰/۰۰۱	$13/98 \pm 6/99$ [۱/۰۵۴]	$8/63 \pm 5/94$ [۰/۵۳۶]	*زیرمقیاس اتونومیک/اضطراب (VSS-A)

**تعداد

* میانگین \pm انحراف معیار

جدول ۳. مقایسه‌ی ابعاد مختلف پرسشنامه‌ی SCL-90-R (Symptom checklist) بین افراد مورد مطالعه بر اساس نوع سرگیجه

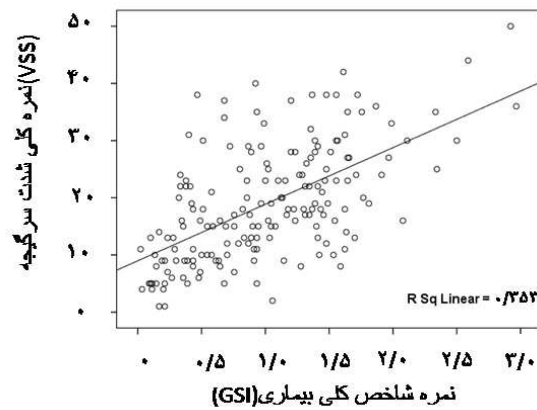
مقدار P	غیر ارگانیک n = ۴۶	ارگانیک n = ۱۳۳	
۰/۰۱۸	۱۷/۵۷ ± ۹/۷۴ [۱/۴۲۱]	۱۴/۰۱ ± ۸/۴۳ [۰/۷۲۶]	جسمانی سازی
۰/۰۰۵	۱۲/۹۱ ± ۷/۳۷ [۱/۰۸۷]	۹/۵۸ ± ۷/۴۵ [۰/۶۴۳]	وسواس-اجبار
۰/۳۶۶	۸/۴۶ ± ۵/۶۱ [۰/۸۲۷]	۷/۹۰ ± ۶/۴۹ [۰/۵۶۳]	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۰۳۶	۱۷/۴۳ ± ۱۰/۱۲ [۱/۴۷۷]	۱۳/۸۰ ± ۱۰/۱۲ [۰/۸۷۵]	افسردگی
۰/۰۲۷	۱۲/۸۱ ± ۷/۴۳ [۱/۰۸۴]	۱۰/۰۷ ± ۷/۲۲ [۰/۶۲۳]	اضطراب
۰/۲۷۲	۵/۱۳ ± ۳/۴۳ [۰/۵۰۶]	۴/۸۹ ± ۴/۴۷ [۰/۳۸۶]	پرخاشگری
۰/۹۱۱	۴/۵۴ ± ۴/۶۶ [۰/۶۸۶]	۴/۵۷ ± ۴/۷۱ [۰/۴۰۷]	ترس
۰/۰۱۲	۷/۷۸ ± ۵/۰۹ [۰/۷۵۱]	۵/۶۹ ± ۴/۵۸ [۰/۳۹۷]	افکار پارانوییدی
۰/۸۵۳	۶/۷۶ ± ۴/۶۱ [۰/۶۸۰]	۷/۲۵ ± ۶/۴۴ [۰/۵۵۹]	روان پریشی
۰/۱۱۲	۸/۸۵ ± ۵/۵۹ [۰/۸۱۶]	۷/۴۰ ± ۵/۳۱ [۰/۴۶۱]	سؤالات اضافی
۰/۰۲۹	۱/۱۵ ± ۰/۵۵ [۰/۰۸۱]	۰/۹۵ ± ۰/۶۱ [۰/۰۵۳]	شاخص کلی بیماری (GSI یا Global severity index)

مرضی؛ $P < ۰/۰۰۱$). همچنین، بین نمره‌ی بعد سرگیجه/تعادل و تمامی ابعاد پرسشنامه‌ی SCL-90-R رابطه مستقیم و معنی داری مشاهده شد (ضریب همبستگی Pearson از $۰/۳۹۸$ برای بعد شکایات جسمانی تا $۰/۲۰۶$ برای بعد افکار پارانوییدی؛ $P < ۰/۰۰۱$). نمره‌ی بعد اتونومیک/اضطراب نیز با تمامی ابعاد پرسشنامه‌ی SCL-90-R رابطه‌ی مستقیم و معنی دار داشت (ضریب همبستگی Pearson از $۰/۴۷۳$ برای شاخص کلی اختلال‌ها تا $۰/۲۷۹$ برای بعد ترس مرضی؛

جدول شماره‌ی ۳ حاکی از آن است که نمره‌ی ابعاد شکایت‌های جسمانی، وسواس-اجبار، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوییدی و نمره‌ی شاخص کلی بیماری (GSI) از پرسشنامه‌ی SCL-90-R در افراد دارای سرگیجه‌ی غیر ارگانیک به طور معنی داری بیشتر از گروه دیگر بود. بین نمره‌ی کلی شدت سرگیجه و تمامی ابعاد پرسشنامه‌ی SCL-90-R رابطه‌ی مستقیم و معنی داری وجود داشت (ضریب همبستگی Pearson از $۰/۶۰۳$ برای بعد شکایات جسمانی تا $۰/۳۸۰$ برای بعد ترس

($P < 0/001$).

رابطه‌ی بین شاخص کلی بیماری (GSI) و شدت سرگیجه (VSS) در شکل ۱ قابل مشاهده است.



شکل ۱. رابطه‌ی بین شاخص کلی بیماری و شدت سرگیجه

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی نوع سرگیجه و ارتباط آن با اختلالات روان‌شناختی در بیماران با شکایت سرگیجه‌ی مزمن بود. طبق نتایج این مطالعه، علائم روان‌شناختی شیوع قابل توجهی در بیماران مبتلا به سرگیجه دارد. بین علائم روان‌شناختی و شدت سرگیجه ارتباط وجود دارد. اختلالات روان‌شناختی، سرگیجه را تشدید می‌کند و بیماران با سرگیجه‌ی غیر ارگانیک از سرگیجه شدیدتری رنج می‌برند. باید به این نکته اشاره کرد که با نتایج مطالعه‌ی حاضر، ارتباط علت-معلولی بین سرگیجه و علائم روان‌شناختی را نمی‌توان به طور دقیق بررسی کرد. همراهی علائم روان‌شناختی با سرگیجه و عوامل مؤثر در آن، موضوعی قابل اهمیت است؛ این همراهی بر کیفیت زندگی اثر منفی دارد و باعث مراجعه‌ی بیشتر به پزشک و در نهایت، افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود. همچنین می‌تواند در

شناخت بهتر پاتوفیزیولوژی و علت‌شناسی این همراهی، کمک کننده باشد؛ پزشکان، در درمان بیماران مبتلا به سرگیجه باید به همراهی علائم روان‌شناختی در این بیماران توجه کافی داشته باشند و درمان مناسب را به این بیماران پیشنهاد دهند.

در مطالعه‌ی ما از بین علل ارگانیک، شایع‌ترین تشخیص مربوط به سرگیجه وضعیتی خوش خیم بود که با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد (۱۱، ۹، ۱). طبق مطالعه‌ی حاضر، نمره‌ی ابعاد شکایت‌های جسمانی، وسواس-اجبار، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئیدی و نمره‌ی شاخص کلی بیماری (GSI) در افراد دارای سرگیجه‌ی غیر ارگانیک بیشتر از گروه ارگانیک بود که به طور معنی‌داری، پیش‌گویی کننده‌ی ناتوانی و دیسترس عاطفی شدیدتر در این گروه است.

در مطالعه‌ی Eckhardt-Henn و همکاران، با ۲۰۲ نفر حجم نمونه از بیماران با شکایت سرگیجه‌ی طول کشیده، که تحت ارزیابی با SCL-90-R قرار گرفتند، بیشترین نمره به ترتیب مربوط به ابعاد اضطراب و ترس و سپس، افسردگی بود (۱)؛ این در حالی است که در مطالعه‌ی ما، بیشترین نمره را جسمانی‌سازی و با میزان نزدیک، افسردگی و سپس اضطراب به خود اختصاص داد که شاید، به دلیل تفاوت در جامعه‌ی آماری باشد؛ همچنین، می‌تواند نشان‌دهنده‌ی کم‌اهمیت تلقی شدن این اختلالات در مطالعات پیشین باشد. مطالعه‌ی ما بر اهمیت در نظر گرفتن اختلالات جسمانی‌سازی و افسردگی در تشخیص افتراقی سرگیجه‌ی مزمن تأکید می‌کند. نمره‌ی به نسبت بالای ابعاد جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب و وسواس-اجبار در گروه ارگانیک، بیانگر

بررسی، تشخیص دقیق اختلال روانی میسر نبود. بنابراین، نتایج به دست آمده تنها نشان دهنده‌ی وجود علایم اختلال روانی می‌باشد. با این حال پیشنهاد می‌گردد، برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه، علاوه بر پرسشنامه، از سایر ابزارهای روان‌شناختی مانند مصاحبه‌های روان‌پزشکی نیز استفاده گردد.

بیماران مسن‌تر از ۶۵ سال وارد این مطالعه نشدند؛ این در حالی است که بیشترین میزان سرگیجه‌ی ارگانیک در این گروه گزارش شده است (۲۱) و شاید، یکی از دلایل عمده‌ی شیوع بالای علایم اختلال روانی در افراد مورد مطالعه‌ی ما، همین موضوع باشد.

این پژوهش پیش‌بینی می‌کند که تلفیق درمان‌های دارویی به همراه مداخلات روان‌شناختی، که نمود و تجلی آن در همکاری بین متخصصین مغز و اعصاب و متخصصین روان‌شناسی و روان‌پزشکی مشخص می‌شود، می‌تواند در کاهش علایم و بهبودی بیماران با سرگیجه‌ی مزمن اثرات مثبتی داشته باشد و در صرفه‌جویی هزینه‌های درمانی و پزشکی این بیماران کمک مؤثری به سیستم بهداشت و درمان کشور بنماید.

نتیجه‌گیری

شیوع بالای علایم روان‌شناختی در مطالعه‌ی کنونی، لزوم یافتن راه کارهای علمی و عملی مناسب به منظور برخورد مناسب با اختلالات فوق در بیماران را مشخص می‌نماید. با توجه به این که تشخیص به موقع و درمان مؤثر این اختلالات می‌تواند کیفیت زندگی، پیش‌آگهی بیماری و بقای بیماران را بهبود

لزوم کاربرد هم‌زمان روش‌های تشخیصی ارگانیک و سایکومتریک در بیماران با سرگیجه‌ی طولانی مدت است که احتمال ابتلا به سرگیجه‌ی سوماتوفرم ثانویه در این گروه را به قوت مطرح می‌سازد (۱۵، ۳).

نتایج مطالعات مختلف درباره‌ی موارد بالای هم‌زمانی اختلالات ارگانیک و سستیولار و اختلالات اضطرابی، بیانگر وجود ارتباطات نورواناتومیکال بین سیستم سستیولار و سیستم Emotional response processing است؛ این سیستم شامل ورودی مونوآمینرژیک به سیستم سستیولار، که آثار اضطراب را بر این سیستم میانجی‌گری می‌کند، و هسته‌ی پارابراکیال، که محل تلاقی اطلاعات دریافت شده از سیستم سستیولار و گیرنده‌های احشایی و سوماتیک است، می‌باشد و از طریق ارتباط خود با مناطق کنترل‌کننده‌ی تنفس در ساقه‌ی مغز و سیستم اتونوم، در بروز تظاهرات جسمانی اضطراب نقش دارد. همچنین، این هسته با هسته‌ی مرکزی آمیگدال و کورتکس اینفرالیمبیک که ساختارهای دخیل در ترس و رفتار اجتنابی هستند، در ارتباط است (۲۰، ۱۴).

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ این مطالعه، گرچه چند مرکزی بود، اما در سطح سه‌ی درمان و در کلینیک‌های نورولوژی انجام شد؛ در بیماران مراجعه‌کننده به سطح سه‌ی درمان، اغلب علایم سرگیجه شدیدتر و علایم روان‌شناختی شایع‌تر است.

یافتن ارتباط علت-معلولی بین علایم روان‌شناختی با سرگیجه، از طریق این مطالعه ممکن نیست و در این مورد، نیاز به مطالعات آینده‌نگر می‌باشد.

به دلیل عدم انجام مصاحبه‌ی بالینی با افراد مورد

تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به خاطر حمایت مالی مطالعه‌ی حاضر و از پرسنل درمانگاه اعصاب بیمارستان های الزهرا (س) و نور و علی اصغر (ع)، جهت همکاری ایشان در اجرای این مطالعه، سپاس‌گزاریم.

بخشد، پیشنهاد می‌گردد، علاوه بر آموزش روش‌های کنترل و پیش‌گیری از افسردگی و اضطراب به این بیماران، مطالعات وسیع‌تری با هدف بررسی روش‌های مناسب جهت تشخیص زودرس و یا غربال‌گری این اختلالات در این گروه از بیماران در جامعه طراحی و اجرا گردد.

References

- 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(4): 369-88.
- Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Why do subjective vertigo and dizziness persist over one year after a vestibular vertigo syndrome? *Ann N Y Acad Sci* 2009; 1164: 334-7.
- Dieterich M, Eckhardt-Henn A. Neurological and somatoform vertigo syndromes. *Nervenarzt* 2004; 75(3): 281-302. [In German].
- Staab JP. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology. *Curr Opin Neurol* 2006; 19(1): 41-8.
- Andersson G, Hagman J, Talianzadeh R, Svedberg A, Larsen HC. Dual-task study of cognitive and postural interference in patients with vestibular disorders. *Otol Neurotol* 2003; 24(2): 289-93.
- Eckhardt-Henn A, Dieterich M. Psychiatric disorders in otoneurology patients. *Neurol Clin* 2005; 23(3): 731-49, vi.
- Eckhardt-Henn A, Kappis B, Thomalske C, Hoffmann S, Hopf HC. 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 (somatoform) dizziness. *J Neurol* 2001; 248(Suppl 2): II/19.
- Jacob RG, Redfern MS, Furman JM. Optic flow-induced sway in anxiety disorders associated with space and motion discomfort. *Journal of Anxiety Disorders* 1995; 9(5): 411-25.
- Piker EG, Jacobson GP, McCaslin DL, Grantham SL. Psychological comorbidities and their relationship to self-reported handicap in samples of dizzy patients. *J Am Acad Audiol* 2008; 19(4): 337-47.
- Jacob RG, Whitney SL, Detweiler-Shostak G, Furman JM. Vestibular rehabilitation for patients with agoraphobia and vestibular dysfunction: a pilot study. *J Anxiety Disord* 2001; 15(1-2): 131-46.
- Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes. Results of a prospective longitudinal study over one year. *J Neurol* 2009; 256(1): 58-65.
- Tschan R, Wiltink J, Best C, Beutel M, Dieterich M, Eckhardt-Henn A. Validation of the German version of the Vertigo Handicap Questionnaire (VHQ) in patients with vestibular vertigo syndromes or somatoform vertigo and dizziness. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60(9-10): e1-12. [In German].
- Best C, Tschan R, Eckhardt-Henn A, Dieterich M. Who is at risk for ongoing dizziness and psychological strain after a vestibular disorder? *Neuroscience* 2009; 164(4): 1579-87.
- Best C, Eckhardt-Henn A, Diener G, Bense S, Breuer P, Dieterich M. Interaction of somatoform and vestibular disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(5): 658-64.
- Eckhardt-Henn A, Tschan R, Best C, Dieterich M. Somatoform vertigo syndrome. *Nervenarzt* 2009; 80(8): 909-17. [In German].
- 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.
- Monzani D, Casolari L, Guidetti G, Rigatelli M. Psychological distress and disability in patients with vertigo. *J Psychosom Res* 2001; 50(6): 319-23.
- Wiltink J, Tschan R, Michal M, Subic-Wrana C, Eckhardt-Henn A, Dieterich M, et al. Dizziness: anxiety, health care utilization and health behavior--results from a representative German community survey. *J Psychosom Res* 2009;

- 66(5): 417-24.
19. Mirzai R. Standardizing and validating of SCL-90-R in Iran [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 1979. p. 40-8.
20. Balaban CD, Jacob RG, Furman JM. Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications. *Expert Rev Neurother* 2011; 11(3): 379-94.
21. Ettigi P, Meyerhoff AS, Chirban JT, Jacobs RJ, Wilson RR. The quality of life and employment in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(6): 368-72.

Psychological Symptoms in Patients with Chronic Dizziness

Ahmad Chitsaz MD¹, Fariborz Khorvash MD², Ali Gholamrezaei MD³,
Azadeh Nourmohammadi⁴

Original Article

Abstract

Background: Dizziness is one of the most commonly occurring chief complaints in neurology. The aim of this study was to differentiate patients with dizziness according to organic and somatoform vertigo and evaluate the relationship of dizziness/vertigo symptoms with psychological symptoms in patients with chronic vertigo and dizziness.

Methods: This multicenter, cross-sectional study was conducted on 18- to 65-year-old referred to two neurology outpatient clinics in the city of Isfahan, Iran, during 2012-2013. Patients completed the symptom check-list (SCL-90-R), and vertigo symptom scale-short form (VSS-SF).

Findings: During the study period, 179 patients (mean age: 30.9 ± 0.1 years, 81.7% women) were included. In 74.3% of the patients (n = 133) dizziness was of organic and in 25.7% (n = 46) of nonorganic origin. Compared with the organic group, the patients with nonorganic dizziness had much more scores on SCL-90-R.

Conclusion: The results indicates that psychological symptoms are associated with dizziness symptoms in patients with psychiatric disorders and it should be included in the differential diagnosis in patients with chronic dizziness. Hence, in cases of dizziness disorders, early interdisciplinary cooperation is both helpful and essential during diagnostic work-up to include signs of somatic and psychosomatic origin and prevent chronification and reduce the severe handicap, and incurring high medical costs.

Keywords: Dizziness, Vertigo, Anxiety disorders, Vestibular disorders, Depressive disorders, Somatoform disorders

Citation: Chitsaz A, Khorvash F, Gholamrezaei A, Nourmohammadi A. **Psychological Symptoms in Patients with Chronic Dizziness.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(229): 332-42

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Department of Neurology, School of Medicine AND Isfahan Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Neurology, School of Medicine AND Isfahan Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, Researcher, Medical Students Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Azadeh Nourmohammadi, Email: nour_azadeh@yahoo.com