

## بررسی نشانه‌های روانشناختی در سرگیجه

دکتر ربابه سلیمانی (MD)<sup>۱</sup> - دکتر میر محمد جلالی (MD)<sup>۲</sup> - دکتر بابک بخشایش اقبالی (MD)<sup>۳</sup>

\* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی، گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: mmjalali@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۱۵ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۸/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** همراهی نزدیک اختلال وستیبولار، روانشناختی و نورولوژی سبب درمان نامطلوب بیماران می‌شود، بنابراین، مهم است که پزشکان در برخورد با بیمار سرگیجه مسایل روانپزشکی را هم در نظر داشته باشند.

**هدف:** بررسی فراوانی علائم روانشناختی در شکایت سرگیجه.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۰۴ بیمار با شکایت سرگیجه، مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی اعصاب و گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن بیمارستان‌های پورسینا و امیرالمومنین شهر رشت در سال ۹۵-۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. پس از معاینه کامل نورولوژی و گوش و حلق و بینی و تعیین علت ارگانیک سرگیجه با شرح حال، معاینه بالینی و اقدام پاراکلینیک لازم، بیماران پرسشنامه SCL-90R را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون آماری *t test*، کای دو و رگرسیون لجستیک با نرم‌افزار SPSS 22 آنالیز شدند.

**نتایج:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۰/۴±۱۸/۱ ساله بود که از این تعداد ۴۶ نفر (۴۴/۲ درصد) مرد و ۵۸ نفر (۵۵/۸ درصد) زن بودند. ۳۹ بیمار پیشینه سرگیجه (۳۷/۵ درصد) داشته و بر پایه پرسشنامه SCL-90R با ۲۸ نفر (۲۷/۰ درصد) علائم روانشناختی غیرطبیعی داشتند که در یک پنجم موارد این اختلال روانی شدید بود. شایع‌ترین علائم روانشناختی به ترتیب اضطراب، جسمانی‌سازی، پرخاشگری و وسواس اجبار بوده است. میانگین نمره ضریب کلی علائم بیماری با سن شرکت‌کنندگان ارتباط داشت (ضریب همبستگی -۰/۳۶ و  $P < ۰/۰۰۱$ ). در رگرسیون لجستیک چند متغیره تنها شاخص سن و سابقه سرگیجه طور معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده وجود علائم روانپزشکی بوده است (به ترتیب P-value برابر با ۰/۰۰۴ و ۰/۰۰۵).

**نتیجه‌گیری:** در شکایت سرگیجه، اختلال اعصاب و روان شایع است. بنابراین، بهتر است درمان چند جنبه‌ای بیمار و توجه به درمان همزمان اختلال اعصاب و روان در ابتدای بیماری مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات روانی / سرگیجه / گیجی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۹ شماره ۱ (پای‌دری ۱۱۳)، صفحات: ۱-۱۰

### مقدمه

سرگیجه که نوعی دگرگونی حسی (ایلوژن) حرکت، است به بهم ریخته شدن هوشیاری درکی ناشی از کارکرد بد برخی از بخش‌های دستگاه تعادلی گفته می‌شود. سرگیجه و اختلال تعادلی از سردرد و کمردرد شایع‌ترین علائم گزارش شده توسط بیماران مراجعه‌کننده به پزشک عمومی است (۱ و ۲). سرگیجه عارضه رایجی در بزرگسالان بوده و شیوع آن با سن افزایش می‌یابد (۳). بیماران دچار سرگیجه و اختلال تعادلی، گروه گسترده‌ای از نشانگان‌های مختلف را در بر می‌گیرد که برخی از آنها نشانگان سرگیجه وستیبولار بوده و دیگر طور اولیه بیماری‌های روانپزشکی بویژه پریشانی، افسردگی و پسیکوسوماتیک هستند (۶-۴). وابستگی نیرومندی بین اختلال وستیبولار و اختلال روانپزشکی به ویژه اختلال اضطرابی گزارش شده است (۷). میزان هم‌بودی روانپزشکی (به ترتیب ۵۷ و ۶۵ درصد) بویژه از نظر اضطراب و افسردگی نشان دادند. در مقابل آن در بیماران با دیگر اختلالات وستیبولار ارگانیک مانند نوریت وستیبولار و

بررسی‌های مختلف ۳۰-۵۰ درصد گزارش شده است (۱). نسبت بیماران دچار سرگیجه پسکوژنی در مطالعات مختلف از ۹ تا ۵۵ درصد متفاوت است (۸ و ۹). که از این بین اضطراب (۱۴ درصد) و افسردگی (۹ درصد) شایع‌ترین آن است (۴). سرگیجه، آسیب‌پذیری افراد را در برابر اختلالات روانپزشکی افزایش می‌دهد و این آسیب‌پذیری می‌تواند علائم روانپزشکی را شدت بخشد و به واژگونه، برخی بیماران روانی ممکن است به سبب نداشتن مکانیسم‌های کاملاً شناخته شده عصبی، آسیب‌پذیری در برابر میگردن یا بیماری منیر داشته باشند (۱۱ و ۱۰). در یک مطالعه مقطعی دیده شد که بیماران منیر یا میگردن نوع وستیبولار طور بارز میزان بالایی از هم‌بودی روانپزشکی (به ترتیب ۵۷ و ۶۵ درصد) بویژه از نظر اضطراب و افسردگی نشان دادند. در مقابل آن در بیماران با دیگر اختلالات وستیبولار ارگانیک مانند نوریت وستیبولار و

۱. مرکز تحقیقات علوم شناختی رفتاری و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی، گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

خوش‌خیم (BPVV)، میگردن وستیولار، بیماری منیر و نوریت وستیولار براساس معیارهای تشخیصی مربوطه، بازشناخته شد، سپس، شرکت‌کنندگان، پرسشنامه دموگرافی و پرسشنامه SCL-90R را تکمیل کردند.

پرسشنامه SCL-90R توسط دراگویتس و همکاران تهیه و در ایران هنجاریابی و ترجمه شده است (۱۵). این پرسشنامه شامل ۹۰ پرسش در مقیاس ۵ درجه‌ای (از صفر = هیچ تا ۴ = خیلی زیاد) بوده و علائم روانشناختی فرد را ارزیابی می‌کند. SCL-90R نه بعد مختلف را می‌سنجد که هر بعد میانگین گردآور سوالات آن بعد است و نمره بیش از یک، مرضی در نظر گرفته می‌شود. این ابعاد عبارتند از: جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی. ضریب کلی علائم مرضی (GSI) با میانگین نمره ۹۰ سوال پرسشنامه برآورد می‌شود.

برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از درصد استفاده شد. برای واکاوی داده‌ها از آزمون‌های t test و کای دو استفاده و P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. برای بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های علائم روانشناختی مختلف آزمون رگرسیون لجستیک بکار رفت همه روش‌های آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

### نتایج

در این مطالعه ۱۰۴ بیمار دچار سرگیجه (۸۱-۱۶ سال) با میانگین سنی  $50/4 \pm 18/1$  شرکت کردند. ۴۶ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۵۸ نفر زن بودند. در جدول شماره یک ویژگی‌های دموگرافی این بیماران جداگانه آمده است.

در بررسی پرسشنامه SCL-90R میانگین نمره ضریب کلی علائم مرضی  $0/68$  بود که در ۲۸ نفر نمره ضریب کلی علائم مرضی در حد پاتولوژی بود.  $78/6$  درصد افراد علائم خفیف روانپزشکی داشتند و تنها نزدیک یک پنجم افراد از علائم شدید روانپزشکی رنج می‌بردند. در بررسی زیر شاخص‌های مختلف روانپزشکی، شایع‌ترین علامت اضطراب، پرخاشگری، جسمانی‌سازی و وسواس اجبار بوده است (جدول ۲).

سرگیجه وضعیت حمله‌ای خوش‌خیم، میزان اضطراب و افسردگی به ترتیب ۲۲ و ۱۵ درصد بوده است (۱۲).

اغلب تشخیص سرگیجه با منشاء غیرجسمی جز تشخیص افتراقی در نظر گرفته نشده، بنابراین، در بررسی بیمار با شکایت سرگیجه، ارزیابی روانپزشکی صورت نمی‌گیرد، به همین دلیل این بیماری به سرعت در حال تبدیل شدن به نوع مزمن بوده و اغلب منجر به اختلال شدید کیفیت زندگی، بازنشستگی زود هنگام و هزینه‌های بالا برای سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی شده است (۱۳). از طرفی همراهی نزدیک اختلالات وستیولار و روانشناختی سبب می‌شود که در بیشتر مواقع درمان بیماران در حد مطلوب نباشد، بنابراین، بسیار مهم است که پزشکان در برخورد با بیماران با شکایت سرگیجه مسائل روانشناختی را در نظر داشته باشند و با نشانه‌های متفاوت آن آشنا باشند تا بتوانند بسته به ماهیت اختلال، درمان مناسبی ارائه کنند. بنابراین، مطالعه ما با هدف بررسی فراوانی و انواع همپوشانی بیماری‌های روانپزشکی در افرادی که با شکایت سرگیجه و نداشتن تعادل مراجعه کرده بودند انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی-توصیفی بر بیماران با شکایت سرگیجه مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی داخلی اعصاب و گوش و حلق و بینی، جراحی سر و گردن بیمارستان‌های پورسینا و امیرالمومنین (ع) شهرستان رشت، استان گیلان در سال‌های ۹۵-۹۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سرگیجه، نداشتن بیماری‌های نورولوژی جدی و واپس ماندگی ذهنی، نداشتن اختلال روانپزشکی جدی اخیر، میزان تحصیلات راهنمایی و بالاتر، رضایت به شرکت در آزمون و همکاری در انجام آزمون‌های بالینی یا اقدام پاراکلینیکی. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان بود و با توجه به مطالعات پیشین (۱۴) حجم نمونه ۱۰۴ نفر در نظر گرفته شد. پس از بیان اهداف تحقیق و کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان وارد مطالعه شدند. تمام بیماران نخست مورد ارزیابی کامل نورولوژی و گوش و حلق و بینی قرار گرفتند. هر یک از انواع سرگیجه شامل سرگیجه وضعیتی حمله‌ای

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرگیجه مورد مطالعه (n= ۱۰۴)

گروه‌ها	تعداد (درصد)
جنسیت	
مذکر	۴۶ (۴۴/۲)
مونث	۵۸ (۵۵/۸)
تحصیلات	
≥۱۲ سال	۸۵ (۸۱/۷)
<۱۲ سال	۱۹ (۱۸/۳)
سابقه مثبت سرگیجه	۳۹ (۳۷/۵)
مدت زمان ابتلا به سرگیجه	
> ۱ ماه	۸۷ (۸۳/۷)
۱-۶ ماه	۸ (۷/۷)
< ۶ ماه	۹ (۸/۷)
انواع سرگیجه	
BPPV	۳۷ (۳۵/۶)
میگرن وستیبولار	۱۲ (۱۱/۵)
نوریت وستیبولار	۶ (۵/۸)
سایر علل	۴۹ (۴۷/۱)
سابقه مثبت بیماری‌های روانپزشکی	۱۳ (۱۲/۵)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از زیر شاخص‌ها و ضریب کلی علائم مرضی و فراوانی موارد غیرطبیعی در پرسشنامه SCL-90R در بیماران

مبتلا به سرگیجه	انحراف معیار ± میانگین	علائم خفیف (%)	علائم شدید (%)
جسمانی سازی	۰/۹۷±۰/۷۳	۳۵/۶	۱۳/۵
وسواس-اجبار	۰/۶۶±۰/۸۴	۳۰/۷	۱۱/۵
حساسیت در روابط متقابل	۰/۵۹±۰/۸۱	۲۶/۹	۹/۶
افسردگی	۰/۶۵±۰/۸۴	۲۵/۹	۹/۶
اضطراب	۰/۹۱±۰/۹۴	۳۶/۶	۱۸/۳
پرخاشگری	۰/۷۰±۰/۶۸	۳۶/۶	۶/۷
ترس مرضی	۰/۴۵±۰/۶۷	۲۲/۱	۴/۸
افکار پارانوئید	۰/۵۸±۰/۸۸	۲۰/۹	۷/۷
روان پریش	۰/۴۱±۰/۶۵	۱۷/۳	۳/۸
ضریب کلی علائم مرضی	۰/۶۸±۰/۷۱	۲۷/۰	۵/۸

\* علائم غیرطبیعی خفیف یا نمره بیش از ۱ و علائم غیرطبیعی شدید یا نمره بیش از ۲

اختلاف معنی‌دار بین زیر گروه‌های بیماران در متغیرهایی مانند سابقه سرگیجه، مدت سرگیجه و نوع سرگیجه وجود داشت (جدول ۳) ولی در رگرسیون لجستیک چند متغیره تنها شاخص سن و سابقه سرگیجه قبلی طور معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده علائم روانپزشکی بوده است (به ترتیب P-value برابر با ۰/۰۰۴ و ۰/۰۰۵). یافته‌های این پژوهش نشان داد که ضریب شانس (odds ratio) در افراد با سابقه سرگیجه،

میانگین نمره ضریب کلی علائم مرضی با سن شرکت کنندگان ارتباط داشت (ضریب همبستگی ۰/۳۶- و  $P < ۰/۰۰۱$ ) که نشان‌دهنده علائم روانپزشکی بیشتر در سن پایین‌تر است. آنالیز تک متغیره در زمینه میانگین نمره ضریب کلی علائم مرضی با توجه به متغیرهای دموگرافی انجام شد. نتایج نشان داد که علائم روانپزشکی در جنس مونث طور معنی‌دار بیش از جنس مذکر است ( $P = ۰/۰۴$ ). همچنین،

علائم روانپزشکی ارتباط دارد (جدول ۴). به طوری که ۴۳/۱ درصد افراد زیر ۵۰ ساله و ۱۱/۳ درصد مساوی یا بالاتر از ۵۰ سال، ضریب کلی علایم مرضی غیرطبیعی داشتند ( $P=0/001$ ). همچنین، سابقه سرگیجه، پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار بروز علامت اضطراب و پارانوئید بوده است.

۳/۰۴ بود. به بیان دیگر گمانه وجود علائم روانپزشکی در افراد با سابقه قبلی سرگیجه حدود دویست درصد بیشتر است. ابعاد مختلف علایم روانپزشکی و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده نشان داد که در بیشتر علائم روانپزشکی (به جز جسمانی‌سازی و ترس مرضی)، سن طور معنی‌دار با بروز

جدول ۳. رابطه متغیرهای مختلف دموگرافیک با نمره ضریب کلی علایم مرضی، در بیماران مبتلا به سرگیجه

متغیرهای پژوهش	گروه‌ها	ضریب کلی مرضی (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	سطح معناداری	P-value	آنالیز چند متغیره
جنس	مذکر	۰/۵۲ $\pm$ ۰/۵۸	۰/۰۴	۰/۳۱	
	مونث	۰/۸۱ $\pm$ ۰/۷۸			
تحصیلات	$\geq 12$ سال	۰/۶۳ $\pm$ ۰/۷۲	۰/۱۴	۰/۵۰	
	$< 12$ سال	۰/۹۰ $\pm$ ۰/۶۷			
سابقه سرگیجه	دارد	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۰۰۴	
	ندارد	۰/۵۶ $\pm$ ۰/۶۴			
مدت سرگیجه	$> 1$ ماه	۰/۵۶ $\pm$ ۰/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲	
	۱-۶ ماه	۱/۲۵ $\pm$ ۱/۲۲			
نوع سرگیجه	$< 6$ ماه	۱/۳۱ $\pm$ ۰/۷۳	۰/۰۰۱ $>$	۰/۸۱	
	BPPV	۰/۷۸ $\pm$ ۰/۷۶			
	میگرن وستیبولار	۱/۱۶ $\pm$ ۰/۹۰			
	نوریت وستیبولار	۰/۸۷ $\pm$ ۰/۴۳			
سابقه بیماری روانپزشکی	سایر علل	۰/۴۷ $\pm$ ۰/۴۶	۰/۲۹	۰/۱۵	
	دارد	۰/۴۸ $\pm$ ۰/۴۸			
	ندارد	۰/۷۱ $\pm$ ۰/۷۴			

جدول ۴. پیش‌بینی‌کننده‌های ابعاد مختلف روانپزشکی در بیماران مبتلا به سرگیجه (پس از اصلاح Benferroni)

متغیرهای پژوهش	متغیرهای پیش‌بینی‌کننده	P-value
جسمانی‌سازی	سن	$> 0/009$
وسواس-اجبار	سن	$> 0/009$
حساسیت در روابط متقابل	سن	$> 0/009$
افسردگی	سن	$> 0/009$
اضطراب	سن	$> 0/009$
پرخاشگری	سابقه سرگیجه	$> 0/009$
ترس مرضی	سن	$> 0/009$
افکار پارانوئید	-	$> 0/02$
روان پریش	سن	$> 0/05$
	سابقه سرگیجه	$> 0/009$

\* آزمون رگرسیون لجستیک چند متغیره

حلق و بینی و جراحی سر و گردن است. بدبختانه همبودی علایم روانپزشکی بیشتر مواقع در این بیماران در نظر گرفته نشده و در تشخیص افتراقی بیماران آورده نمی‌شوند. در

## بحث و نتیجه‌گیری

سرگیجه و عدم تعادل شکایت شایع بیماران مراجعه‌کننده به مطب پزشکان عمومی و متخصص داخلی اعصاب و گوش و

فراوانی اضطراب و افسردگی جنس مذکر و مونث وجود نداشت. گرچه در برخی مطالعات فراوانی بیشتری در جنس مونث بدست آمده (۱۹)، این اختلاف می‌تواند ناشی از فراوانی زمینه‌ای این بیماری‌ها، مدت ابتلای به سرگیجه یا مصرف داروهای روانپزشکی باشد.

به طور کلی سرگیجه از دید روانشناسی وضعیت ناتوان کننده‌ای است که سبب می‌شود فرد نتواند به سادگی منشاء آن را تشخیص دهد و از این رو بالقوه فرد را آماده جسمانی‌سازی می‌کند. در بیماران ما جسمانی‌سازی علامت شایعی بود که هم راستا با مطالعه Ferrari و همکاران (۲۰) است. گرچه در مطالعه ما تفاوت معنی‌داری بین زن و مرد دیده نشد، این نکته می‌تواند ناشی از حجم نمونه مورد مطالعه باشد. به طور کلی این علامت در زنان بیش از مردان است (۴/۱ در برابر ۳/۲۸ درصد) و کمابیش در نیمی از زنان مبتلا، این علامت در حد شدید بوده است. این یافته برخلاف مطالعه Monzani و همکاران است که نشان داده بودند جنس هم در بروز این علامت و هم شدت آن نقش دارد (۲۳). بنابراین، به نظر می‌رسد که در مطالعات آینده باید نقش جنس در بروز علامت جسمانی‌سازی بررسی بیشتری شود.

در ۳۰ درصد بیماران ما، علامت وسواس جبری دیده شد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که تلاش فرد برای چیرگی بر حالت‌های هیجانی سرگیجه ایجاد شده سبب می‌شود که عواطف و راستینگی موجود را ایزوله کند، تا از این روش درمان جسمی بتواند کارکرد بد فیزیکی را از میان بردارد (۲۴). علامت شایع دیگر در بیماران ما پرخاشگری بود که عموماً نسبت به اعضای خانواده یا همسر است که نقش آشکاری در روند بهبود فرد از سرگیجه دارند. در مطالعه Kapfhammer (۲۴) دیده شد که بعضی مواقع مسائل مالی نیز به علت محدودیت فعالیت‌های شغلی می‌تواند سبب بروز پرخاشگری شود. مشابه وضعیت بالا در بیماران میگرد دیده شده که این مکانیسم دفاعی ارتباط مثبتی با فرکانس حالات میگرد داشته است (۲۵).

همچنین، یافته دیگر مطالعه ما ارتباط سن و وجود دیسترس هیجانی غیرطبیعی در بیماران بود ( $P=0/001$ ). این یافته می‌تواند به علت فعال بودن افراد با سن کمتر در جامعه باشد.

مواردی که تشخیص علت سرگیجه ناشناخته است، به ویژه زمانی که سرگیجه طولانی مدت وجود دارد باید موارد سایکوسوماتیک را در نظر داشت و در ۲۰ تا ۵۰ درصد موارد اختلال روانپزشکی آثار مهمی بر روند بیماری دارد (۱۶، ۸ و ۹). در دهه گذشته نگرانی فزاینده‌ای در مورد نیمرخ روانی بیماران سرگیجه مطرح شده است. نمره‌های بالاتر اضطراب به ویژه همراه با افسردگی، جسمانی‌سازی، ترس مرضی و پانیک در این بیماران دیده شده است (۱۷).

در مطالعه کنونی ۲۷ درصد شرکت‌کنندگان پریشانی هیجانی غیرطبیعی نشان دادند که در یک پنجم افراد این علائم شدید بوده است. همچنین، در بررسی زیر شاخص‌های مختلف روانپزشکی جامعه مورد مطالعه، شایع‌ترین علامت، اضطراب، پرخاشگری، جسمانی‌سازی و وسواس اجبار و یافته‌های مطالعه ما در راستای مطالعات قبلی بوده است (۲۰-۱۸). Ardıç و همکاران (۲۱) در بررسی بیماران انواع مختلف سرگیجه نشان دادند که ۴۵/۲ درصد بیماران دست کم در یکی از زیر شاخص‌های SCL-90R غیرطبیعی هستند و در بیماران دچار سرگیجه مرکزی به طور بارز نمره شاخص جسمانی‌سازی بالاست. در این مطالعه در بیمارانی با سرگیجه به علت ناشناخته، شاخص جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوئید بیشتر بوده است. همچنین، براساس مطالعه Eckhardt-Henn (۹) بیمارانی که اختلال روانپزشکی دارند (گروه سایکولوژیک و گروه مخلوط) در مقایسه با گروه با سرگیجه ارگانیک دیسترس هیجانی بیشتری داشته و در این افراد اضطراب (۵۶ درصد)، افسردگی (۲۰ درصد) و ناهنجاری‌های شبه جسمی (۵۳ درصد) بیشتر دیده می‌شود. در مطالعه Lahmann و همکاران (۲۲) شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیماران سرگیجه و عدم تعادل، اضطراب/ترس مرضی (۲۸/۹ درصد) و سپس، اختلال شبه جسمی (۹ درصد) بوده است.

Ferrari و همکاران (۲۰) نشان دادند که ترس از بروز حمله حاد سرگیجه می‌تواند تاثیر منفی بر وضعیت اضطرابی بیماران داشته باشد و رفتارهای گریز ناشی از ترس بروز سرگیجه در بیماران دچار اختلال وستیبولار بسیار شبیه اجتناب فوبی در ناهنجاری پانیک است. در مطالعه ما تفاوت معنی‌دار بین

از مطالعه کنار گذاشته شدند. در حالی که بالاترین میزان سرگیجه ناشی از علل عروقی یا علل جسمی در این گروه سنی دیده می‌شود. همچنین، باید به بایستگی انجام آزمون‌های تشخیصی دقیق‌تر اشاره کرد که می‌تواند سبب بهتر شدن گروه‌بندی علل مختلف سرگیجه در بیماران شود. از محدودیت‌های مطالعه مذکور نوع مطالعه مقطعی توصیفی است. از این رو امکان تاثیر مداخله درمانی در بهبود علائم سرگیجه و علائم روانپزشکی وجود نداشته است. در پایان این که در این تحقیق مصاحبه روانپزشکی با افراد شرکت‌کننده صورت نگرفت و از این رو مطالعه بیشتر برای مقایسه علائم روانپزشکی بین سرگیجه محیطی، مرکزی و مختلط پیشنهاد می‌شود.

به طور چکیده، این تحقیق نشان داد که بیماران سرگیجه و عدم تعادل نمرات بالایی در آزمون‌های روانشناختی کسب می‌کنند و حدود ۲۷ درصد آنها دچار علائم خفیف یا شدید روانپزشکی هستند. یافته‌های مطالعه ما به سود فرضیه نقش اضطراب شناختی و نورو-وژتاسیون در رابطه با سرگیجه است و از این رو در بیماران سرگیجه مزمن، اقداماتی مانند روان‌درمانی شناختی رفتاری یا مداخلات آموزشی روانی می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی شود (۲۰).

### سپاسگزاری و سپاسداری

پژوهشگران این مطالعه از دکتر مرصیه فلاح خدادوست و همه کسانی که در این مطالعه همکاری کردند، کمال سپاسمندی را دارند. گفتنی است که این تحقیق در دانشگاه علوم پزشکی گیلان تایید و با شماره ۱۷۵۸ ثبت شده است. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

طوری که به علت محدودیت ناشی از سرگیجه دچار علائم روانپزشکی مانند اضطراب، پرخاشگری و ... می‌شوند. همچنین، مصرف همزمان داروهای روانپزشکی در سنین بالاتر می‌تواند سبب کم‌رنگ شدن این علائم شود. از این رو بررسی رابطه سن و بروز علائم مذکور در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود. برخلاف مطالعه ما Best و همکاران هیچگونه نمره ضریب کلی علائم مرضی و زیر گروه‌های تشخیصی مشاهده نکردند. همچنین، سن تاثیری بر GSI نداشت و گسترده دیسترس هیجانی (GSI) تنها با سابقه روانپزشکی بیمار ارتباط داشت ( $P=0/04$ ) (۲۶).

رابطه سرگیجه و اختلال روانپزشکی پیچیده است و ارتباط نوروپولوژیک بین کنترل تعادل و اضطراب از مسیرهایی که میانجی کنترل اتونومی، فعل و انفعال و سستیولو \_ اتونومیک و اضطراب هستند مطرح شده است (۲۷). مجموعه هسته و سستیولر با هسته پارابراکیال، هسته locus coeruleus و هسته dorsal raphe ارتباط نورواناتومیک دارد (۲۸ و ۲۹). عمدتاً دو الگو در مورد رابطه سرگیجه و علائم روانپزشکی مطرح شده است: مدل سوماتوسایکیک و مدل سایکوسوماتیک. در مدل نخست اضطراب واکنش ثانویه به پاتولوژی ارگانیک روی می‌دهد. به عبارت دیگر بد عملکردی و سستیولر وجود داشته و پیامدهای رفتاری و روانشناختی مانند اضطراب به دنبال آن روی می‌دهد و سبب طولانی شدن علائم سرگیجه می‌شود. در حالی که در مدل دوم استرس و اضطراب به طور اولیه سبب بروز آفند سرگیجه می‌شود (۲۷). چندین تنگنا در این مطالعه وجود داشت که باید به آنها اشاره کنیم. نخست این که نمونه‌های مورد مطالعه ممکن است نماینده‌ای از جامعه بیماران سرگیجه نباشند. افراد مورد مطالعه تنها بیمارانی بودند که برای تشخیص و درمان سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده بودند و همچنین، افراد بالای ۶۵ ساله

### منابع

- Gilain C, Englebert A. Vertigo and psychological disorders. Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica. 2008;3:49-58.
- Yardley L, Todd AM, Lacoudraye-Harter MM, Ingham R. Psychosocial consequences of recurrent vertigo. Psychology and Health. 1992;6(1-2):85-96.
- Jalali MM, Gerami H, Heidarzadeh A, Soleimani R. Balance performance in older adults and its relationship with falling. Aging Clin Exp Res. 2015;27(3):287-296.
- Best C, Eckhardt-Henn A, Tschann R, Dieterich M. Psychiatric morbidity and comorbidity in different



- vestibular vertigo syndromes. *Journal of neurology*. 2009;256(1):58-65.
5. Hullar TE, Zee DS, Minor LB. Evaluation of the patient with Dizziness: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia; Mosby, 2010: 2309.
6. Storper IS, Roberts JK. Dizziness and Hearing Loss. In: Rowland LP, Pedley TA: Merritts Neurology. 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia; Wolters kluwer / Lippincott William wilkins, 2010: 38-43.
7. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(2):145-153.
8. Zhai F, Wang J, Zhang Y, Dai CF. Quantitative Analysis of Psychiatric Disorders in Intractable Peripheral Vertiginous Patients: A Prospective Study. *Otol Neurotol*. 2016;37(5):539-544.
9. Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety disorders and other psychiatric sub-groups in patients complaining of dizziness. *Anxiety Disord* 2003;17:369-388.
10. Eckhardt-Henn A, Tschan R, Best C, Dieterich M. Somatoforme Schwindelsyndrome. *Der Nervenarzt*. 2009;80(8):909-917.
11. Balaban CD, Thayer JF. Neurological bases for balance anxiety links. *J Anxiety Disord*. 2001; 15:53-79.
12. Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Why do subjective vertigo and dizziness persist over one year after a vestibular vertigo syndrome? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1164(1):334-37.
13. Dieterich M, Eckhardt-Henn A. Neurologische und somatoforme Schwindelsyndrome. *Der Nervenarzt*. 2004;75(3):281-302.
14. Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S, Breuer P, Diener G, Tschan R, Dieterich M. Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol*. 2008; 255:420-428.
15. Mirzayi R. Reliability and Validity of SCL-90-R in Iran; MSc Dissertation in Psychology and Behavioral Sciences. Tehran: University of Tehran; 1979. [Text in Persian]
16. Ketola S, Havia M, Appelberg B, Kentala E. Depressive symptoms underestimated in vertiginous patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137:312-315.
17. Nagarkar AN, Gupta AK, Mann SBS. Psychological findings in benign paroxysmal positional vertigo and psycho-genic vertigo. *J Otolaryngol*. 2000;29:154-158.
18. Pezzoli M, Garzaro M, Pecorari G, Canale A, Meistro D, Mangiardi ML, Giordano C, Albera R. Orthostatic hypotension and psychiatric comorbidities in patients with dizziness. *American journal of otolaryngology*. 2012;33(4):432-436.
19. Kurre A, Straumann D, van Gool CJ, Gloor-Juzi T, Bastiaenen CH. Gender differences in patients with dizziness and unsteadiness regarding self-perceived disability, anxiety, depression, and its associations. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*. 2012;12(1):2.
20. Ferrari S, Monzani D, Baraldi S, Simoni E, Prati G, Forghieri M, Rigatelli M, Genovese E, Pingani L. Vertigo "in the pink": the impact of female gender on psychiatric-psychosomatic comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo patients. *Psychosomatics*. 2014;55(3):280-288.
21. Ardiç FN, Ateşci FC. Is psychogenic dizziness the exact diagnosis? *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006;263(6):578-581.
22. Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, Strupp M, Jahn K, Dieterich M, Eckhardt-Henn A, Feurecker R, Dinkel A, Schmid G. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(3):302-308.
23. Monzani D, Casolari L, Guidetti G, Rigatelli M. Psychological distress and disability in patients with vertigo. *Journal of psychosomatic research*. 2001;50(6):319-323.
24. Kapfhammer HP, Mayer C, Hock U, Huppert D, Dieterich M, Brandt T. Course of illness in phobic postural vertigo. *Acta neurologica scandinavica*. 1997;95(1):23-28.
25. Bag B, Hacıhasanoglu R, Tufekci FG. Examination of anxiety, hostility and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache. *International journal of clinical practice*. 2005;59(5):515-521.
26. 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):1579-1587.
27. Balaban CD, Thayer JF. Neurological bases for balance-anxiety links. *J Anxiety Disord*. 2001;15:53-79.
28. Halberstadt AL, Balaban CD. Organization of projections from the raphe nuclei to the vestibular nuclei in rats. *Neuroscience*. 2003;120:573-594.
29. Halberstadt AL, Balaban CD. Serotonergic and nonserotonergic neurons in the dorsal raphe nucleus send collateralized projections to both the vestibular nuclei and the central amygdaloid nucleus. *Neuroscience* 2006;140:1067-1077.