

TULBURĂRILE AFECTIVE LA PACIENȚII CU DIFERITE FORME DE VERTIJ

**Stela Odobescu¹ – d.h.ș.m., conf. cercet., Inna Prepelița² – rezidentă,
Ecaterina Chiriac² – rezidentă, Ion Moldovanu^{1,2} – d.h.ș.m., prof. univ.,**

Lilia Rotaru¹ – d.ș.m., conf. cercet., Diana Concescu¹ – doctorand,

Anghelina Chiaburu³ – d.ș.m., conf. univ.,

¹Institutul de Neurologie și Neurochirurgie,

²Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”,

³Centrul Republican de Audiologie, protezare auditivă, reabilitare medico-pedagogică

e-mail - odobescustela@hotmail.com, tel. +373 69 17 64 89 (mob.)

Rezumat

Senzația de vertij, o acuză subiectivă, este uneori definită ca o iluzie de mișcare. Vertijul psihogen sau o suprapunere psihogenă sunt relativ frecvente la pacienți. Conceptul fiziopatologic ale tulburării respective, presupune că funcția de echilibru și emoțiile au căi neurologice comune, ce ar putea explica faptul că afectarea echilibrului poate provoca frică și invers, frica, panica pot da naștere la o problemă de percepție a spațiului și mișcării. Studiul a constat în examinarea a 50 de persoane (10 - cu vertij paroxistic pozițional benign, 15 – cu boala Meniere, 10 – cu scleroză multiplă și 15 – cu boala cerebrovasculară cronică). La majoritatea pacienților cu diferite forme de vertij au fost evidențiate și tulburările afective, dintre care cel mai frecvent se întâlnesc următoarele: somatizarea, anxietatea interpersonală, depresia, anxietatea, fobiile, paranoia și psihotismul.

Cuvinte-cheie: vertij, suprapunere psihogenă, tulburări de echilibru, frică

Summary. Affective disorders of the patients with various forms of vertigo

The sensation of vertigo, a subjective complaint is sometimes defined as a movement illusion. Psychogenic vertigo or psychogenic superposition is relatively common in patients. The pathophysiologic concept of this disorder assumes that balance function and emotion share common neurologic pathways, which might explain that the balance disorder can provoke fear and vice versa, giving rise to a problem in perception of space and motion. The study was consisted in examining of 50 persons (10 - with benign paroxysmal positional vertigo, 15 – with Meniere disease, 10 – with multiple sclerosis and 15 – with chronic cerebro-vascular disease). The affective disorders were present in the majority of patients with various forms of vertigo, of which the most often encounter the follows: somatization, interpersonal anxiety, depression, anxiety, phobias, paranoia and psitotism.

Key words: vertigo, psychogenic overlap, balance disorders, fear

Резюме. Психогенные нарушения у больных с различными формами головокружения

Субъективное ощущение головокружения иногда определяется как иллюзия движения. Психогенное головокружение или психогенное наложение являются довольно распространенным явлением у пациентов. Патофизиологическая концепция этого расстройства предполагает то, что функция равновесия и эмоции имеют общие неврологические связи, которые могли бы объяснить, почему расстройство равновесия может вызвать страх и наоборот, приведя к проблеме восприятия пространства и движения. Исследование состояло из изучения 50 человек (10 - с доброкачественным позиционным пароксизмальным головокружением, 15 - с болезнью Меньера, 10 – с рассеянным склерозом и 15 - с хронической цереброваскулярной патологией). У большинства пациентов с различными формами головокружения присутствуют аффективные расстройства, из которых наиболее часто встречаются следующие: соматизация, межличностная тревога, депрессия, тревога, фобии, паранойя и психотизм.

Ключевые слова: головокружение, психогенное наложение, расстройство равновесия, тревога

Introducere

Vertijul/amețeala reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale adresării pacienților la medicii generaliști, neurologi și otorinolaringologi [12].

Aproape jumătate din pacienții care se prezintă în unitățile curative specializate pentru tulburări vestibulare sau otoneurologice prezintă simptome psihiatrice. Aceste tulburări sunt semnificative la pacienții cu vertij/amețeală, forme complexe de tinitus, sau pierderea recidivantă a auzului. Șaizeci la sută dintre pacienții cu „simptome persistente vestibulare” relatează senzația de anxietate [3].

Vertijul/amețeala somatoformă are o pondere înaltă printre numeroasele sindroame vestibulare, somatoform fiind termenul actual utilizat pentru a descrie vertijul psihogen. Sunt diferențiate două forme ale sindroamelor vestibulare somatoforme:

- Sindroamele vestibulare somatoforme primare;
- Sindroamele vestibulare somatoforme secundare,

care se dezvoltă ca urmare a vertijului de origine organică [5].

Pe parcursul evoluției maladiei, aproximativ 70% dintre acești pacienți acuză simptome chiar și după mai mulți ani, ceea ce le afectează activitatea profesională și activitățile zilnice mai mult decât în cazul celor cu forme organice ale vertijului [6]. Cele mai frecvente maladii psihiatrice subiacente sunt:

- Anxietatea și tulburările fobice;
- Tulburarea depresivă;
- Tulburările disociative;
- Tulburările somatoforme;
- Sindroamele de depersonalizare/ derealizare.

Se consideră că există o rată înaltă a comorbidității

dintre aceste maladii psihiatrice și diverse forme de vertij organic. Conform unui studiu, s-a constatat că mai mult de 65% dintre pacienții cu migrenă și 57% dintre pacienții cu boala Meniere prezintă o comorbiditate psihiatrică [11]. Doar 15% dintre pacienții cu vertij paroxistic pozițional benign (VPPB) și 22% dintre pacienții cu neuronită vestibulară prezintă o comorbiditate psihiatrică [5]. Conform datelor lui Salhofer, caracteristica cea mai specifică a pacienților cu vertij migrenos este prezentată de intoleranța la mișcarea capului. Pacienții cu migrenă mai des prezintă anxietate și au tendința de a avea o calitate mai scăzută a somnului și scoruri mai înalte de depresie. Migrena și vertijul reprezintă factori de risc pentru comorbiditatea psihiatrică [11]. Astfel, luând în considerație că riscul dezvoltării unei maladii psihiatrice este mai înalt la pacienții cu migrenă vestibulară, acest fapt ar trebui luat în considerare în cadrul demersului terapeutic.

Inițial, vertijul somatoform pare a fi neînsoțit de simptome psihopatologice. Astfel, acești pacienți se adresează la departamentele de urgență, neurologi sau interniști, descriind simptome precum:

- Instabilitate posturală și senzație neclar definită de vertij;
- Amețeală;
- Senzație de gol în cap;
- Senzația de pierdere a contactului cu solul;
- Foarte rar, vertij rotator însoțit de semne vegetative.

Adițional, în dependență de patologia psihiatrică subiacentă, pot fi prezente următoarele simptome:

- Tulburări de motivație și concentrare;

- Scăderea performanței la lucru;
- Simptome vegetative care însoțesc vertijul (tahicardie, greață, transpirații profuze, apnee, teamă de sufocare, pierdere a apetitului, scădere în greutate);
- Tulburări emoționale;
- Tulburări de somn;
- Simptomele anxietății.

Tipic, aceste simptome sunt descrise de pacienți ca fiind induse de vertij. Pacienții rareori raportează spontan situații de conflict și de stres, care pot funcționa ca factori declanșatori de vertij/amețeală; de multe ori ei nu sunt inițial conștienți de ele. Acest lucru face dificilă stabilirea diagnosticului corect [4].

Scopul studiului

Determinarea particularităților dereglărilor psiho-vegetative la pacienții cu diferite forme de vertij într-un studiu prospectiv interdisciplinar.

Material și metode de cercetare

Studiul a constat în examinarea a 50 de persoane. Loturile au fost repartizate în felul următor: pacienții cu vertij paroxistic pozițional benign – VPPB (lotul I - 10 pacienți), pacienții cu boala Meniere – BM (lotul II - 15 pacienți), pacienții cu scleroza multiplă – SM (lotul III - 10 pacienți) și pacienții cu boala cerebrovasculară cronică – BCVC (lotul IV - 15 pacienți). Studiul a fost realizat în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Secția de Cefalee și Tulburări vegetative, Secția de Vertebro-neurologie și în Spitalul Clinic Republican, Secția de Otorinolaringologie. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 22 și 76 de ani, vârsta medie fiind: la pacienții cu VPPB - 54,5 ani, pacienții cu BM - 52,2 ani, pacienții cu SM - 38,1 ani și la pacienții cu BCVC - 52,8 ani.

Cercetarea a fost constituită din 2 părți - 1) subiectivă, care a inclus anchetarea după chestionarul propus de medicul-otorinolaringolog A. Marlowe - *Vertij/Amețeala/Dezechilibru*, chestionarele *Symptom check list-90*, *Dizziness Handicap Inventory* și *Scala Nijmegen*, și 2) obiectivă, care a inclus examinarea obiectivă neurologică standard, efectuarea probelor vestibulare, aplicarea Bateriei de simulare a vertijului (Drachman, 1972).

Pentru cercetarea simptomatologiei psihopatologice a fost aplicat chestionarul *Symptom check list* (SCL-90), format din 90 de întrebări grupate în 10 sindroame psihopatologice majore: somatizare (SOM), obsesie-compulsivitate (O-C), anxietate interpersonală (INT), depresie (DEP), anxietate (ANX), ostilitate (HOS), fobii (PHOB), paranoie (PAR), psihotism (PSY), suplimentare (SUPL). Cu scopul studierii impactului simptomelor vestibulare asupra calității vieții cotidiene a pacientului a fost aplicat chestionarul *Dizziness Handicap Inventory*.

Rezultatele obținute

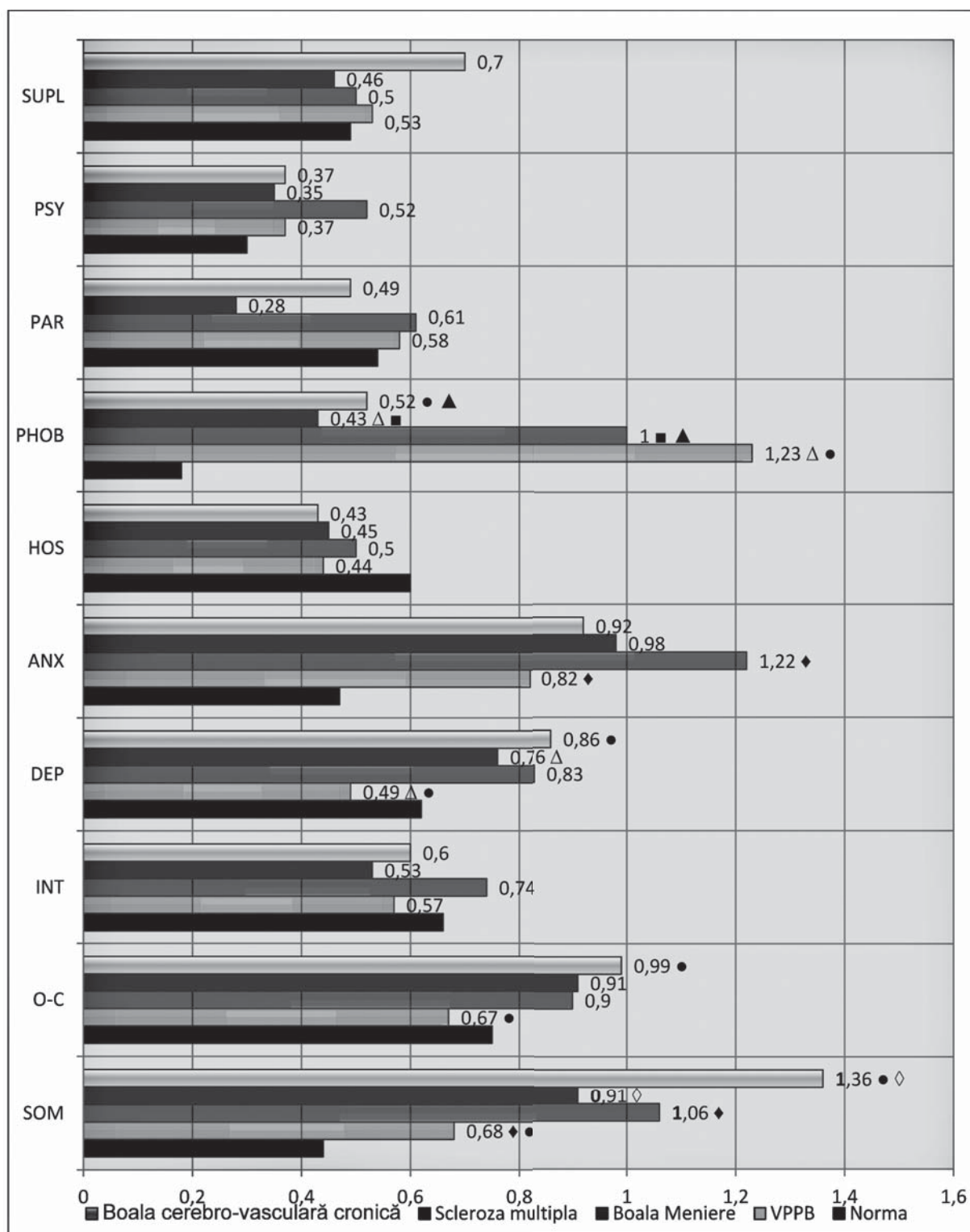
În urma anchetării pacienților după chestionarul SCL-90, obținerii și interpretării rezultatelor a fost evidențiat faptul, că fiecare din grupele de cercetare a prezentat prevalența unor manifestări psihopatologice asupra altora. În baza valorilor indicilor medii a fost realizată diagrama prezentată în fig.1, care ne permite să efectuăm o analiză comparativă a grupelor studiate și a tulburărilor afective caracteristice lor.

Efectuând analiza comparativă a datelor obținute și prezentate în fig. 1, s-a determinat că la pacienții cu vertij paroxistic pozițional benign (VPPB), modificările predominante s-au constatat la nivelul următoarelor compartimente: somatizare, anxietate, fobii și psihotism. În același timp, s-a înregistrat că pacienții cu VPPB au prezentat cea mai înaltă creștere, peste normă, a valorilor indicilor medii la compartimentul fobii, fiind cel mai des manifestate prin: fobii de spații deschise, teama de a ieși singur din casă și necesitatea de a evita anumite locuri din cauza fobiei de a pierde conștiența în locuri publice. După criteriul dat, ei s-au distins statistic semnificativ atât de pacienții cu scleroza multiplă (SM), cât și de pacienții cu boala cerebrovasculară cronică (BCVC) incluși în studiu, $p < 0,05$.

Un criteriu important de diferențiere între grupele de pacienți a fost criteriul de anxietate. La acest nivel pacienții cu boala Meniere (BM) au prezentat cel mai înalt scor comparativ cu alte loturi de pacienți cu VPPB, SM și cu BCVC, $p < 0,05$. Simptomele cele mai des întâlnite au fost: nervozitate, tremor intern, fobie pe neașteptate, palpitații, senzație de tensiune, atacuri de panică. În același timp, pacienții cu BM au prezentat cel mai des semne de tip psihotic. Au predominat următoarele plângeri din partea pacienților: sentimentul de singurătate chiar și atunci când se află cu alte persoane, senzația că cu capul sau cu corpul se întâmplă ceva rău.

Analiza pacienților cu SM a evidențiat creșterea moderată a indicilor, peste normă, după următoarele criterii: somatizare, obsesie-compulsivitate, depresie, anxietate, fobii și psihotism. După criteriul de somatizare, ei s-au distins statistic semnificativ de pacienții cu BCVC, $p < 0,05$, după criteriul de depresie - de pacienții cu VPPB, $p < 0,05$ și după criteriul de fobii - de pacienții cu VPPB și pacienții cu BM, $p < 0,05$.

Un alt compartiment din chestionarul SCL-90, menit să realizeze diferența grupelor de pacienți incluse în studiu, este somatizarea. După criteriul dat, au fost observate diferențe statistice esențiale între lotul de pacienți cu BCVC și cel cu SM, $p < 0,05$. Pacienții cu BM și pacienții cu SM au prezentat scoruri similare, puțin mărite comparativ cu pacienții cu VPPB. Cele mai frecvente senzații pe care le-au pre-



Notă: Diferența statistică semnificativă între gr. I și gr. II (SOM, ANX)

- ♦- p< 0,05; ♦♦ - p< 0,01; ♦♦♦ - p< 0,001
- Diferența statistică semnificativă între gr. I și gr. III (DEP, PHOB)
- Δ- p< 0,05; ΔΔ - p< 0,01; ΔΔΔ - p< 0,001
- Diferența statistică semnificativă între gr. I și gr. IV (SOM, O-C, DEP, PHOB)
- ●- p< 0,05; ●● - p< 0,01; ●●● - p< 0,001
- Diferența statistică semnificativă între gr. II și gr. III (PHOB)
- ■- p< 0,05; ■■ - p< 0,01; ■■■ - p< 0,001
- Diferența statistică semnificativă între gr. II și gr. IV (PHOB)
- ▲- p< 0,05; ▲▲ - p< 0,01; ▲▲▲ - p< 0,001
- Diferența statistică semnificativă între gr. III și gr. IV (SOM)
- ◇- p< 0,05; ◇◇ - p< 0,01; ◇◇◇ - p< 0,001

Fig. 1. Diagnostic comparativ al loturilor de cercetare în baza chestionarului SCL-90.

zentat pacienții au fost: cefaleea, dureri de inimă sau în cutia toracică, dureri lombare, dispnee, bufeuri de căldură, senzație de nod în gât, amorțeală în diferite părți ale corpului etc.

În procesul de comparație a grupelor de cercetare s-au elucidat compartimente comune pentru toate loturile de pacienți, la care valorile indicilor medii au depășit valorile caracteristice persoanelor sănătoase. Printre acestea putem menționa: somatizarea, anxietatea, fobiile și psihotismul. Diferența principală constă în intensitate manifestărilor sindroamelor menționate. Astfel, pentru pacienții cu VPPB este caracteristică o intensitate mai pronunțată exprimată a senzațiilor de fobii în comparație cu pacienții din alte loturi incluse în studiu, pentru pacienții cu BM – senzațiile de anxietate și semnele psihotice, iar pentru pacienții cu BCVC – semnele de somatizare. La pacienții cu SM s-a determinat majorarea moderată a valorilor tuturor compartimentelor studiate.

Discuții

Vertijul reprezintă unul dintre cele mai frecvent întâlnite simptome și acute în practica medicală. O întrebare frecventă în expertiza neurootologică constă în a clarifica, dacă vertijul la pacienții, care suferă de tulburări de anxietate, este cauzat de disfuncția vestibulară sau de boala psihoafectivă [1].

Un diagnostic diferențial eficient poate fi realizat doar printr-un mod atent, interdisciplinar de gândire și activitate, având în vedere faptul că tulburările vestibulare, neurologice și psihiatrice considerate ca factori patogeni – pot fi prezente simultan în declanșarea simptomelor, existând suprapuneri între anumite procese patologice [7].

În articolul său, Yardley și col. [13] a revizuit dovezile pentru trei mecanisme, prin intermediul cărora factorii psihologici pot agrava amețea și prelungi recuperarea pacienților. Un răspuns comportamental obișnuit la vertij/amețea este de a evita activitățile și mediile ce provoacă simptomatice; totuși, o astfel de evitare privează persoanele afectate de expunerea necesară pentru a promova adaptarea psihologică și neurofiziologică. De asemenea, la anxietate se adaugă și sindromul de hiperventilație, cu amplificarea și desinhibarea simptomelor somatice induse de tulburările de echilibru. În plus, atenția și sarcina cognitivă pot influența procesarea centrală a informațiilor necesare pentru perceperea și controlul de orientare [13].

Prin urmare, întrebarea care urmează să fie abordată, este: dacă dezvoltarea patologiei psihosomatice depinde de capacitatea pacientului de a controla recurența patologiei vestibulare. Pacienții cu VPPB de multe ori învață să controleze atacurile de vertij, evitând mișcările rapide ale capului. Acest lucru ar

putea explica rezultatele psihometrice „normale” la pacienții dați, cât și rezultatele patologice la pacienții cu migrena vestibulară și boala Meniere, din cauza că aceste tulburări, de obicei, nu pot fi controlate de către pacienți. În același timp, mecanismele fiziopatologice diferite ale VPPB, bolii Meniere și ale migrenei vestibulare pot explica aceste diferențe în rezultate. În timpul atacurilor de VPPB, simptomele care apar sunt legate de o problemă mecanică, iar tratamentul lor se efectuează doar prin manevre de poziționare. La pacienții cu boala Meniere și migrena vestibulară, în mecanismul fiziopatologic sunt implicate modificări ale neurotransmițătorilor (noradrenalina, serotonina și dopamina), iar ameliorarea simptomelor se obține prin acțiuni farmacologice asupra acestora. Luând în considerație că în dezvoltarea dereglărilor anxioase și depresive participă neurotransmițătorii similari cu acei implicați în boala Meniere și migrena vestibulară, o legătură strânsă între aceste sisteme este evidentă [2, 8].

Acest lucru s-a confirmat și prin cercetarea noastră, conform căreia, la pacienții cu VPPB s-a evidențiat majorarea vădită a valorilor indicilor medii numai la compartimentul fobiilor, în timp ce la pacienții cu BM s-au determinat modificări moderate la nivelul mai multor compartimente, printre care sunt: somatizare, anxietate interpersonală, depresie, anxietate, fobii, paranoia și psihotism.

Conexiunile dintre sistemul vestibular și sfera psihică sunt atât somatopsihice, cât și psihosomatice: anxietatea poate provoca vertij/amețea psihosomatică și disfuncția vestibulară poate induce anxietatea somatopsihică [6]. Această interacțiune este mediată prin căi neurologice comune pentru controlul sistemelor vestibulare și autonome, răspunsul emoțional și anxietate [9]. Aceste căi neurologice sunt centralizate într-o rețea de *nucleul parabrachial*, unde converg informații vestibulare și viscerale, provocând anxietate, teamă și un comportament de evitare a circumstanțelor de declanșare. Nucleul parabrachial contribuie, de asemenea, la manifestarea unor componente somatice, neuroendocrine și viscerale ale răspunsurilor emoționale, ceea ce cauzează modificări ale ritmului cardiac sau tensiunii arteriale, dilatarea pupilelor și transpirație. Alte zone cerebrale care pot fi, de asemenea, implicate, în special cortexul infralimbic, generând răspunsuri autonome, endocrine și emoționale la diverși stimuli. Mai mult decât atât, stimularea receptorilor monoaminergici ar putea explica influența anxietății asupra controlului echilibrului și reacția de anxietate în cazul tulburărilor de echilibru. Aceste interacțiuni între emoții și sistemul de echilibru pot determina apariția unei tulburări de percepție a mișcării și spațiului, de multe ori asociată cu o dezorganizare

senzorială a sistemului de echilibru, percepută de pacient ca vertij și senzație de instabilitate [10].

Prin urmare, s-a dovedit că vertijul/amețeala are o conexiune bi-direcțională cu tulburările psihice. Tulburarea de panică poate fi suprapusă bolilor cronice cu vertij, iar pacienții cu simptome psihice cu o leziune cohleovestibulară au o șansă diminuată de recuperare completă sau recuperarea lor este mai îndelungată. Această relație poate fi explicată prin mecanismul somatopsihic, conform căruia simptomele vestibulare provoacă anxietate la pacienții, care consideră că boala lor este o catastrofă ce pune în pericol viața. Unii pacienți cu vertij/amețeală prezintă o tulburare greșit diagnosticată, majoritatea pacienților cu VPPB rămân nediagnosticați. A fost constatat faptul că leziunile vestibulare periferice nediagnosticate pot provoca tulburări psihice, crescând tendința de somatizare a pacienților [1].

Așadar, tratamentul pacienților cu vertij și simptome psihice este mai de durată și solicită mai multă empatie din partea medicului. Tratamentul pacienților care suferă de vertij/amețeală și tulburări psihice concomitente este mult mai eficient în cazul unei cooperări strânsă între neurolog, otoneurolog și psiholog/psihiatru [1].

Concluzii:

1. La majoritatea pacienților cu diferite forme de vertij sunt prezente și unele tulburări afective, dintre care cel mai frecvent se întâlnesc somatizarea, obsesia-compulsivitatea, anxietatea interpersonală, depresia, anxietatea, fobiile, paranoia și psihotismul.

2. La pacienții cu vertij paroxistic pozițional benign s-a evidențiat majorarea vădită a valorilor indicilor medii numai la compartimentul fobiilor, în timp ce la pacienții cu boala Meniere s-au determinat modificări moderate la nivelul mai multor compartimente, printre care sunt: somatizarea, anxietatea interpersonală, depresia, anxietatea, fobiile, paranoia și psihotismul.

3. Anxietatea și vertijul coexistent necesită un tratament asociat, care ar include medicamente anti-

vertiginoase, inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, manevre vestibulare și psihoterapie.

Bibliografie

1. Agnes S., *Anxiety in Vestibular Disorders, Anxiety and Related Disorders*, Dr. Agnes S. (Ed.), 2011; ISBN:978-953-307-254-8.
2. Balaban C. D., Thayer J. F., *Neurological bases for balance-anxiety links*, J Anxiety Disord, 2001; 15:53-79.
3. Best C., Eckhardt-Henn A., Diener G., Bense S., Breuer P., Dieterich M., *Interaction of somatoform and vestibular disorders*, J Neurol Neurosurg Psychiatry, May 2006; 77(5): 658-664.
4. Brandt T., Dieterich M., Strupp M., *Vertigo and Dizziness*, Second Edition, London, 2013.
5. 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; 255:420-8.
6. Eckhardt-Henn A., Breuer P., Thomalske C., Hoffmann S. O., Hopf H. C., *Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness*, J Anxiety Disord, 2003; 43:1-20.
7. Fazekas A., *Vertigo--comorbidity with psychiatric disorders*, Ideggyogy Sz., 2010 Mar 30; 63(3-4):113-7.
8. Jauregui-Renaud K., Gresty M. A., Reynolds R. et al., *Respiratory responses of normal and vestibular defective human subjects to rotation in the yaw and pitch planes*, Neurosci Lett, 2001; 298:17-20.
9. Micaela O. Dman, Raphe. L. M., *Chronic subjective dizziness*, Acta Oto-Laryngologica, 2008; 1-4.
10. Redfern M. S., Yardley L., Bronstein A. M., *Visual influences on balance*, Anxiety Disorders, 2001; 15:81-94.
11. Salhofer S., Lieba-Samal D., Freydl E., Bartl S., Wiest G., Wöber C., *Migraine and vertigo - a prospective diary study*, Cephalalgia, 2010 Jul; 30(7):821-8.
12. Strupp M., Brandt T., *Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness*, Dtsch Arztebl Int, 2008; 105(10): 173-180.
13. Yardley L., Redfern M. S., *Psychological factors influencing recovery from balance disorders*, J Anxiety Disord, 2001; 15(1-2):107-119.