

Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo ve Anksiyete Arasındaki İlişki

The Relationship Between Benign Paroxysmal Positional Vertigo and Anxiety

Ali İrfan GÜL,^a
Mahmut ÖZKIRIŞ,^b
Reha AYDIN,^b
Gülnihal ŞİMŞEK,^c
Levent SAYDAM^b

^aPsikiyatri AD,
^bKulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^cPsikiyatri Bölümü,
Yozgat Devlet Hastanesi,
Yozgat

Geliş Tarihi/Received: 25.02.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 21.08.2014

Bu çalışma, 35. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi (2-6 Kasım 2013, Antalya)'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ali İrfan GÜL
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD, Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
gali3366@gmail.com

ÖZET Amaç: Baş dönmesi ve anksiyete arasındaki birliktelik antik çağda Plato'nun çalışmalarından bu yana tıbbi literatürde oldukça sık karşılaşılan bir konudur. Klasik tıpta, baş dönmesi kendi başına bir hastalık olma ve hipokondriyal melankoli gibi ayrı bir hastalığın bir belirtisi arasında belirsiz bir durumdaydı. Bizim çalışmamızın amacı baş dönmesi ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği'ne akut baş dönmesi şikâyeti ile başvuran ve benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) tanısı alan hastalar arasından 50 gönüllüye psikiyatri kliniğinde kanalit repozisyon tedavisinden (Epley Manevrası) önce ve 4 hafta sonra olmak üzere Anksiyete Duyarlılık indeksi (ADİ-3), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri 1 (STAI-1) ve 2 (STAI-2) uygulandı ve elde edilen değerler istatistiksel olarak karşılaştırıldı. **Bulgular:** Tedavi öncesi uygulanan ADİ-3, STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinden alınan puanlar literatürle uyumlu bir şekilde orta derecede anksiyeteyi göstermekteydi. Hastalara uygulanan tedaviden (Epley Manevrası) sonra uygulanan ADİ-3 ve STAI-2 puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düştü. Ancak anlık kaygıyı gösteren STAI-1 puanlarında herhangi bir anlamlı değişiklik bulunamadı. **Sonuç:** Elde ettiğimiz sonuçların teyit ettiği üzere, BPPV olgularında kanalit repozisyon manevrası sonrası ADİ-3 ve STAI-2 değerlerinde anlamlı bir düzelme olmasına karşın STAI-1 değerlerinde düzelme saptanamaması, bu hastaların tedavi planlamasında kulak burun boğaz hastalıkları ve psikiyatri kliniklerinin ortaklaşa çalışmasının gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; baş dönmesi; tedavi

ABSTRACT Objective: Since Plato's ancient works, the association between vertigo and anxiety is a common issue found in the medical literature. Vertigo has an uncertain position in the classical medicine; being a unique illness or a symptom of another illness such as hypochondriacal melancholy. Our study aimed to examine the relationship between vertigo and anxiety. **Material and Methods:** Fifty patients who admitted to Otolaryngology Department, Bozok University School of Medicine with vertigo complaint, and diagnosed with benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) were included in the study. The patients were instructed to fill out the standard forms of anxiety sensitivity index-3 (ASI-3), State-trait anxiety inventory I and II (STAI-I, STAI-II) before and 4 weeks after the canalith repositioning treatment (Epley maneuver). The results were compared statistically. **Results:** The pre-treatment results showed moderate level anxiety severity in ASI-3, STAI-I and STAI-II. Four weeks after Epley maneuver, we noted a statistically significant decrease in ADI-3 and STAI-II scores while STAI-I scores did not significantly change, indicating anxiety remained unchanged. **Conclusion:** We concluded that, despite statistically significant improvements observed in ADI-3 and STAI-II scores after canalith repositioning maneuver, unchanged STAI-I scores at high levels demonstrated the need for cooperation of psychiatrists and otorhinolaryngologists for the evaluation and treatment planning in patients with vertigo.

Key Words: Anxiety; dizziness; therapy

doi: 10.5336/medsci.2014-39518

Copyright © 2014 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2014;34(4):378-84

Baş dönmesi sıkıntılı bir duysal yaşantı ve işlevsellikteki eksikliği tanımlamak için hastalar tarafından bildirilmiş nonspesifik bir belirtidir.¹ Anksiyete ve baş dönmesi birlikteliğine dikkat çeken ilk kayıtlara antik çağda Plato'nun çalışmalarında rastlanmaktadır. Klasik tıpta baş dönmesinin baş ve abdominal visera (hipokondria) kökenli olmak üzere iki farklı etiyojisi tanımlanmıştır.² Hallpike, Harrison ve Slater 1951 yılında nörotik hastalarda yaptıkları çalışmada kalorik yanıtın süre ve şiddetinin her ikisinde de yükselme olduğunu bildirdiler. Bu yayın anormal vestibüler test sonuçları sergileyen nörotik anksiyeteli hastalarla ilgili ilk çalışma olarak kabul edilmektedir.³ Daha sonra farklı anksiyete bozuklukları olan hastalarda yapılan benzer çalışmalarda özellikle agorafobi panik bozukluğu olanlarda vestibüler bozukluklar daha yaygın bulunmuştur.² Baş dönmesi ve/veya dengesizlik hasta ve çevresi açısından hoş olmayan ve korkutucu bir durumdur ve bu yüzden baş dönmesinin anksiyete bozukluklarıyla yaygın bir şekilde birlikteliği iyi bilinmektedir.⁴⁻⁶ Anksiyete bozuklukları olan hastalarda subklinik vestibüler bozukluk yaygınlığında artış ve vestibüler bozuklukların bir sonucu olarak da panik bozuklukların yüksek oranda görüldüğünü işaret eden, ve vestibüler işlev ile anksiyete yaşantısı arasında bir bağlantının varlığını bildiren bir görüş vardır.⁷ Aşırı anksiyöz hastalarda somatosensoriyel aktivitenin bu anksiyete algısına yüksek katkısı gözlemlenmiştir. Anksiyetenin postural stabilite üzerindeki etkisine yönelik en iyi bilinen örnek panik bozukluğudur.⁸ Uzun bir süre, vestibüler bozuklukların eşlik etmediği kronik baş dönmesi yakınmaları psikojenik baş dönmesi olarak adlandırılmış ve kronik baş dönmesi yaşayan hastalarda psikiyatrik ve nöro-otolojik faktörler arasındaki karmaşık ilişki çözülememiştir.⁹ Emosyonel bozukluklar ve baş dönmesi arasındaki ilişki, psikiyatrik özellikleri olan denge rahatsızlığı veya öznel baş dönmesi hissinin birlikteliği, Brandt tarafından, fobik postural vertigo (FPV) kavramı içinde belirtilmiştir. FPV hastalarına uygulanan anksiyete ölçeklerinde, baş dönmesinden yakınan diğer hastalardan daha yüksek skorlar tespit edilmiştir. Tamamında olmasa da, yine bu hasta grubunda fobik kaçınma kalıbı da gözlemlenmiştir.¹⁰

Psikojenik etmenlerin etiyojide rol oynadığı düşünülen baş dönmesinin yaygınlığı çeşitli araştırmalarda %20-50 arasında değişmektedir. Psikojenik sözcüğünün çağdaş psikiyatrik tanı sistemlerinin gelişmesinden önce belirlendiği, ve ortaya koyduğu yapay ikiliğin yanı sıra birçok belirsizlikler içermesinden dolayı artık kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir.¹¹ Anksiyete bozukluklarının en önemli periferik belirtilerinden biri baş dönmesi ve sersemlik halidir.¹² Başlıca anksiyete bozuklukları ise “agorafobi ile birlikte olan ve olmayan panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu” olarak sınıflanmıştır.¹³

Major belirtisi baş dönmesi olan hastalar arasında yapılan araştırmada dört büyük alt grup bulunmuştur: 1. Psikiyatrik bozukluğu olmayan organik baş dönmesinin görüldüğü hastalar, 2. Akut bir psikiyatrik bozukluğu olan fakat organik lezyon olmayan baş dönmesinin görüldüğü hastalar, 3. Organik bir bozukluğun yanında akut bir psikiyatrik bozukluk görülen hastalar, 4. Organik ya da psikopatolojik anormallik tespit edilemeyen (idiopatik) grup.⁵

Yetişkinlerde en sık görülen baş dönmesi nedeni olan benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) tablosuyla bu hastaların anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır.¹⁴ Staab ve Ruckenstein'in kronik subjektif baş dönmesi olarak tanımladıkları hastalar, dönüyormuş veya sallanıyormuş gibi hissettiklerini belirtmektedirler. Fakat en temel duygular; başta ağırlık hissi ve devamlı titremedir. Hastalar görselliğe dayalı fonksiyonları yaparken zorluk yaşamakta (okuma, bilgisayar görüntülerini algılama vb.) fakat diplopi ve osilopsi sorunlarıyla karşılaşmamaktadırlar.⁹ Bir çalışmada acil serviste baş dönmesi yakınmasıyla değerlendirilen hastalara konulan tanıları şunlardır: %31 benign paroksizmal pozisyonel vertigo, %14 vestibüler nöritis, %14 normal değerlendirmeyle birlikte vestibüler nöritis hikayesi, %12 vestibüler migren, %11 anksiyete/panik bozuklukları, %4 inme, ve %4 presenkop.¹⁵

Son dönemlerde otonomik kontrol, vestibulo-otonomik etkileşimler, anksiyete ve emosyonel dışavurumlar için nöral bir devre ve nörokimyasal mekanizmalarda yeni bakış açılarını araştıran çalışmalarda artış gözlenmektedir. Ancak, bu olgu için nörolojik bağlantı modellerinin dikkat çekici bir şekilde yaygın özellikleri, nörobilimsel komitenin ayrı bir bölümünde geliştirilmek için önemsenmektedir. Bu nörolojik bağlantı modellerinin birleştirilmesi denge-anksiyete bağlantısı için potansiyel nöral yapı taşlarının daha iyi anlaşılmasını sağlar. Vestibuler nukleuslardan parabrakial nukleusa bağlantılar, vestibuler sistem ile açığa çıkan anksiyete ve emosyonları da içeren nörol ağlar arasında doğrudan iletişim sağlamaktadır. Bu parabrakial nukleus ağı; emosyonel, affektif, ve korku ve anksiyetenin psikolojik görünümünü üreten bölgeleri kapsar. Parabrakial nukleus ağının duyuşsal bilgi, somatik motor aktivite ve visseral motor aktivitenin açıklamasının sürdürümü için gerekli olduğu varsayılmaktadır.^{16,17} Ayrıca anksiyete ve panik bozuklukların üretilmesinde noradrenerjik ve serotonerjik transmisyon vestibuler yolaklarda da düzenleyici rollere sahip görünmektedir.¹⁷

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Şubat 2013-Ekim 2013 tarihleri arasında Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz hastalıkları polikliniğine akut baş dönmesi yakınmasıyla başvuran hastalar arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen 50 hasta çalışma grubunu oluşturmuştur. Tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma öncesinde Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmaları etik kurulundan onay alınmıştır (Karar No:2013/92).

Yaşları 27-63 yıl ($42,3 \pm 11,4$) arasında olan 12 erkek ve 38 kadın, toplam 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Baş dönmesi dışında akut bir yakınması, kronik nörolojik ve dahili bir hastalığı olan, ve halen psikiyatrik bir tedavi gören hastalarla alkol ve/veya madde bağımlılığı tespit edilen, baş dönmesi etki veya yan etkisi olan herhangi bir ilaç kullanan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Akut baş dönmesi şikâyetiyle başvuran hastalar öncelikle bir kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirildi. Öykü, muayene ve odyovestibüler incelemeler sonucu benign paroksizmal pozisyonel vertigo tanısı konulan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Tanı konduktan sonra hastalara, anksiyete duyarlılığını ve anksiyete varlığını belirlemek amacıyla; Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 (ADI-3) ve Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri-1 ve 2 (STAI-1 ve STAI-2) verildi. Bu ölçekleri doldurmalarını takiben, hastalara Epley manevrası uygulandı. Bu uygulama ilk kez 1980 yılında Epley tarafından tarif edilmiştir.¹⁸ Hastalar tedaviyi takiben birer hafta arayla 3 kez daha görüldü, ve bu kontrollerde eğer baş dönmesi şikâyetleri devam ediyorsa Epley manevrası tekrarlandı. Hastalara tedavinin başlangıcından sonra, dördüncü haftada tekrar ADI-3 ve STAI-1 ve STAI-2 uygulandı.

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çalışmamızın amacına uygun olan yaş, cinsiyet gibi gerekli demografik bilgilerden oluşmaktadır.

ANKSİYETE DUYARLIK İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve kognitif boyutlarıyla ölçmek için kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Başta panik olmak üzere tüm anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk gibi klinik durumlar ve sağlıklı kişilerde uygulanır. Kısa ve anlaşılabilir olduğu için uygulaması kolaydır ve denekler kendileri doldurabilir. Ölçek 18 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi (0=çok az, 4=çok fazla) değerlendirme sunmaktadır. Ölçek toplam puanı, her bir maddenin puanının toplamından oluşmaktadır. Türkçe formun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puan artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir. ADİ-3 yüksek bir iç tutarlık göstermektedir, Cronbach alfa katsayısı 0.930 olarak hesaplanmıştır, ve test- tekrar test güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu saptanmıştır ($r=0,64$, $p<0,001$). Taylor ve ark. tarafından geliştirilmiş,¹⁹ Mantar ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.²⁰

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STAI)

Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiştir.²¹ Anlık ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir. On dört yaş

üzere normal ve okuduğunu anlayacak durumda olan hasta gruplarına uygulanabilir. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere her bir 20 maddelik, 2 ayrı ölçeği vardır. Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve koşullarda kaygı düzeyini belirler, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak kaygı düzeyini belirler. Kişinin kendi kendine doldurabileceği, uygulaması kolay bir ölçektir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir, bu durumda önce Durumluk, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği doldurulmalıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce, davranışların şiddetine göre 1=hiç, 2=biraz, 3=çok, 4=tamamıyla şıklarından uygun olanın seçilmesiyle yanıtlanır. Sürekli Kaygı Ölçeği, 1=Hemen hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Çok Zaman, 4=Hemen her zaman şıklarından uygun olanın seçilip işaretlenmesiyle doldurulur. Puanlama yapılırken düz ve tersine çevrilmiş ifadeler göz önünde bulundurulmalıdır. Ters ifadeler puanlanırken 1 olanlar 4'e, 4 olanlar 1'e dönüştürülür ve toplanır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan düşük kaygı düzeyini gösterir. Öner ve Le Compe tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.²²

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS 17 (SPSS Inc. , Chicago, IL, ABD) versiyonu kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Simirnov testi) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan değişkenler (ADI-3, STAI-1 ve 2) için ortalama \pm standart sapma verilerek yapıldı. ADI-3, ve STAI-1 ve 2 değerlerinin normal dağılım gösterdiği belirlendiğinden, başlangıç ve 4. hafta arası iki zamanda yapılan karşılaştırmalar eşleştirilmiş t testi kullanılarak karşılaştırıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sonuçlar ortalama \pm standart sapma (SS) şeklinde ifade edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrası ölçeklerden alınan puanların düzeyleri literatürle uyumlu şekilde yüksek bulunmuştur. Ka-

nalit repozisyon tedavisinden sonra ADI-3 ve STAI-2 ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşme bulunurken, STAI-1 ölçeğinde düşme bulunamamıştır. Cronbach alfa katsayısı ADI-3 için 0,657, STAI-1 için 0,728 ve STAI-2 için 0,659 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın tanımlayıcı istatistiklerinde alınan puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Çalışmamızın normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve yapılan istatistiksel analizde tedavi öncesi ve tedavi sonrası ADI-3 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$, Şekil 1).

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası STAI-1 değerleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p=0,623$, Şekil 2). Tedavi öncesi ve tedavi sonrası STAI-2 değerleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,008$, Tablo 1, Şekil 3).

TARTIŞMA

Anksiyete ve baş dönmesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışma vardır. Anksiyete ve baş dönmesi birlikteliği, hastaların hayat kalitesinin bozulmasına ve sağlık hizmetlerine başvurmasında bir artışa neden olmaktadır. Anksiyete bozuklukları baş dönmesi ve nörotolojik durumlara sebep olurken, baş dönmesi ve nörotolojik durumlar da önceden var olan psikiyatrik bozuklukların alevlenmesine neden olmaktadır.²³

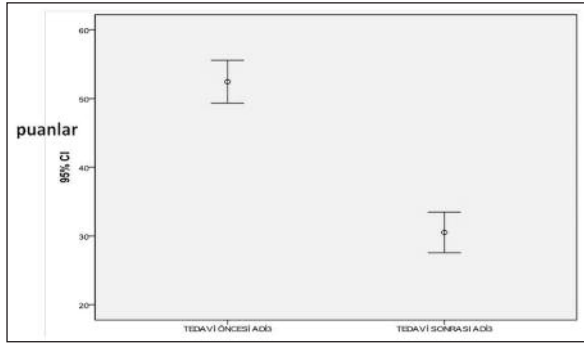
Çalışmamızda baş dönmesi yakınması bulunan hastaların yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Epley manevrası öncesi ADI-3 ölçeğinden alınan puanların yüksekliği (52,46 \pm 10,97) hastaların anksiyete duyarlılıklarının oldukça yük-

TABLO 1: Tedavi öncesi ve sonrası uygulanan ölçeklerin değişiminin eşleştirilmiş t-testi ile gösterilmesi.

	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	n	p	
T.Ö.ADI-3	52,46 \pm 10,97	T.S.ADI-3	30,52 \pm 10,45	50	<001*
T.Ö.STAI-1	44,82 \pm 5,95	T.S.STAI-1	45,36 \pm 4,31	50	=623
T.Ö.STAI-2	49,42 \pm 8,06	T.S.STAI-2	45,86 \pm 3,98	50	=008*

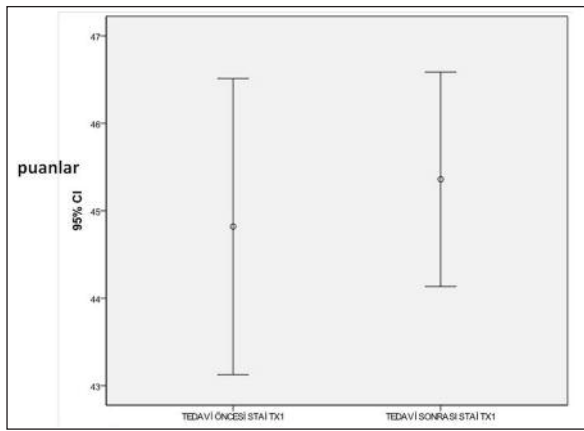
* $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

T.Ö.: Tedavi öncesi, T.S.: Tedavi sonrası, ADI-3: Anksiyete duyarlılık indeksi-3, STAI: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, SS: Standart sapma.



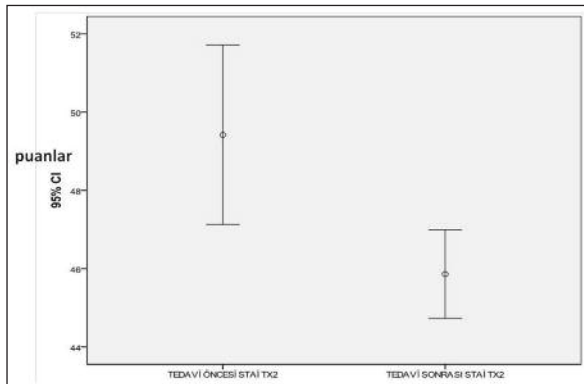
ŞEKİL 1: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 puanlarının Epley manevrası öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

Şekillerde x eksenli ölçükleri, y eksenli ölçüklerden alınan puanları göstermektedir.



ŞEKİL 2: Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri-Durumluk ölçek puanlarının Epley manevrası öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

Şekillerde x eksenli ölçükleri, y eksenli ölçüklerden alınan puanları göstermektedir.



ŞEKİL 3: Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri-Süreklilik ölçek puanlarının Epley manevrası öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

Şekillerde x eksenli ölçükleri, y eksenli ölçüklerden alınan puanları göstermektedir.

sek olduğunu göstermektedir, ve bu sonuç akut baş dönmesinden yakınan hastalarla yapılan önceki çalışmalarla uyumludur.²⁴

Aynı şekilde, tedavi öncesi uygulanan STAI-1 ve 2'den alınan puanlar da bunu desteklemektedir. Çalışmamızda elde edilen değerler tedavi öncesi STAI-1 için $44,82 \pm 5,95$ ve STAI-2 için $49,42 \pm 8,06$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar da literatürde konuyla ilgili rapor edilen sonuçlarla benzerlik içindedir.^{5,25}

Epley manevrası sonrasında hastalar baş dönmesi açısından belirgin düzeyde rahatlamışlardır. Hastalara tedaviden sonra dördüncü haftada psikometrik ölçekler tekrar uygulanmış ve ADİ-3, STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinden alınan puanlar tedavi öncesi alınan puanlarla karşılaştırılmıştır.

Tedavi sonrası hastaların ADİ-3 ölçeğinden aldıkları puanlar, istatistiksel açıdan anlamlı olarak belirgin şekilde düşmüştür. Bu sonuç uygulanan tedavinin faydalı olduğunu göstermektedir. Tedavi öncesi ADİ-3 ölçeğinin ortalama puanı $52,46 \pm 10,97$ iken, tedavi sonrası $30,52 \pm 10,45$ 'e düşmüştür.

Tedavi sonrası STAI-1 puanı ortalama $45,36 \pm 4,31$ bulunmuştur ve tedavi öncesi STAI-1 ortalama puanı ile karşılaştırdığımızda bir düşüş görülmemiştir. Buna karşın, STAI-2 puanı ise istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermektedir.

Kanalit repozisyon tedavisi (Epley manevrası) hastaların anksiyete düzeylerinde düşüşe sebep olmuştur, ancak ADİ-3, STAI-1 ve 2'den tedavi sonrası alınan bu yüksek puanlar ve STAI-1 puanlarında bir düşüş olmaması, hastaların anksiyetelerinin devam ettiğini göstermektedir. Bilindiği gibi tüm anksiyete bozukluklarının en önemli periferik belirtilerinden biri baş dönmesidir¹² ve belki de bu hastaların anksiyete düzeyleri psikiyatrik tedavi de gördükten sonra tam olarak düşecektir. Bunun için multidisipliner tedaviden sonra uzunlamasına bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışılan değerlerin tamamında düzelme olmaması, vestibuler bozukluklar ve anksiyete bozuklukları arasındaki karmaşık ilişkiye işaret etmektedir ve bu ilişki geçmişte defalarca tartışılmıştır. Vestibuler bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki bağlantı çift yönlü olarak tanımlanmıştır: Vestibuler bozukluklar psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği gibi, psikiyatrik bozukluklar da baş dönmesine yol açabilir.²⁶ Bazı araş-

tırmacılar tarafından emosyonel bilgilere aracılık ettiği kadar vestibuler sürece de aracılık eden nöroanatomik bağlantıların var olduğu kabul edilmektedir. Anksiyete ve baş dönmesinde birlikte görünmenin yüksek oranı bu şekilde açıklanabilir. Bilişsel somatopsişik mekanizmalara göre, vestibuler duyular hastalar tarafından acil tehlike olarak yorumlandığı için anksiyete ve panik uyarılır. Panik bozukluğu bir kez geliştiğinde denge bozukluğu psikiyatrik bileşen düzeldikten sonra bile devam edebilir.²⁷

Sonuç olarak; baş dönmesi şikayeti olan hastalarda bir süre sonra eşlik eden anksiyete bozuklukları kronikleşmekte ve bunun sonucunda baş dönmesinin sıklığı da artmaktadır. Hastanede geçirilen zamanın artması ise hayat kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır. Bu nedenle bu hastaların tedavisinde bütüncül bir yaklaşım gösterilmeye yönelik olarak kulak burun boğaz uzmanları ve psi-

kiyatristlerden oluşan multidisipliner bir yaklaşım protokolü geliştirilmelidir. Biz otolojik tedaviden 4 hafta sonra ölçekleri uyguladık. Bu hastalar daha uzun süre takip edilmeli ve otolojik tedavinin yanında psikoterapileri de kapsayan psikiyatrik tedaviler tedavi protokollerine eklenmelidir.

Bizim çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır: Bunlardan en önemlisi örneklem grubumuzun göreceli olarak küçük oluşudur. Diğer bir sınırlılığımız da çalışmamızın tedavi öncesi ve sonrası şeklinde kısa bir süreyi kapsamasıdır. Konuyla ilgili olarak daha geniş örneklem grubuyla daha uzun süreyi kapsayan prospektif bir çalışılma yapılmasına gereksinim vardır. Ayrıca hastalara SCID-1 (DSM-4 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-1) gibi psikiyatrik ayırıcı tanı sağlayan bir ölçeğin de uygulanamaması, hastalarda hangi anksiyete bozukluğunun olduğu konusunda bizi sınırlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Clark MR, Swartz KL. A conceptual structure and methodology for the systematic approach to the evaluation and treatment of patients with chronic dizziness. *J Anxiety Disord* 2001;15(1-2):95-106.
- Balaban CD, Jacob RG. Background and history of the interface between anxiety and vertigo. *J Anxiety Disord* 2001;15(1-2):27-51.
- Hallpike CS, Harrison MS, Slater E. Abnormalities of the caloric test results in certain varieties of mental disorder. *Acta Otolaryngol* 1951;39(2-3):151-9.
- Yardley L, Medina SM, Jurado CS, Morales TP, Martinez RA, Villegas HE. Relationship between physical and psychosocial dysfunction in Mexican patients with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res* 1999;46(1):63-74.
- 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.
- Reale L, Guarnera M, Grillo C, Maiolino L, Ruta L, Mazzone L. Psychological assessment in children and adolescents with Benign Paroxysmal Vertigo. *Brain Dev* 2011;33(2):125-30.
- Godemann F, Siefert K, Hantschke-Brügge-mann M, Neu P, Seidl R, Ströhle A. What accounts for vertigo one year after neuritis vestibularis - anxiety or a dysfunctional vestibular organ? *J Psychiatr Res* 2005; 39(5):529-34.
- Goto F, Kabeya M, Kushiuro K, Tsumumi T, Hayashi K. Effect of anxiety on antero-posterior postural stability in patients with dizziness. *Neurosci Lett* 2011;487(2):204-6.
- Staab JP. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology. *Curr Opin Neurol* 2006;19(1):41-8.
- Tjernström F, Fransson PA, Holmberg J, Karlberg M, Magnusson M. Decreased postural adaptation in patients with phobic postural vertigo--an effect of an "anxious" control of posture? *Neurosci Lett* 2009;454(3):198-202.
- Onur E, Alkin T. [Relationship between dizziness and anxiety: New clinical syndromes]. *Archives of Neuropsychiatry* 2007;44(2):66-73.
- Kocabaşoğlu N. [Anxiety disorders: A overview]. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sempozyum Dizisi 2008;62:175-84.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p.430-41.
- Pollak L, Segal P, Stryer R, Stern HG. Beliefs and emotional reactions in patients with benign paroxysmal positional vertigo: a longitudinal study. *Am J Otolaryngol* 2012;33(2): 221-5.
- Muridin L, Seemungal BM, Bronstein AM. Dizziness. Symptoms and Signs 2012;40(8): 431-4.
- Sklare DA, Konrad HR, Maser JD, Jacob RG. Special issue on the interface of balance disorders and anxiety: an introduction and overview. *J Anxiety Disord* 2001;15(1-2):1-7.
- Balaban CD, Thayer JF. Neurological bases for balance-anxiety links. *J Anxiety Disord* 2001;15(1-2):53-79.
- Sajko SS, Stuber K, Welsh TN. Chiropractic management of benign paroxysmal positional vertigo using the Epley maneuver: a case series. *J Manipulative Physiol Ther* 2013;36(2): 119-26.
- Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess* 2007;19(2):176-88.
- Mantar A, Yemez B, Alkin T. [The validity and reliability of the Turkish version of the Anxiety Sensitivity Index-3]. *Turkish Journal of Psychiatry* 2010;21(3):225-34.

21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manuel for State-Trait Anxiety Inventory ("Self-Evaluation Questionnaire"). 1st ed. California: Consulting Psychologist Press;1970. p.1-23.
22. Öner N, Le Compe A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını; 1985.p.1-26.
23. Cheng YY, Kuo CH, Hsieh WL, Lee SD, Lee WJ, Chen LK, et al. Anxiety, depression and quality of life (QoL) in patients with chronic dizziness. Arch Gerontol Geriatr 2012;54(1): 131-5.
24. Monzani D, Casolari L, Guidetti G, Rigatelli M. Psychological distress and disability in patients with vertigo. J Psychosom Res 2001; 50(6):319-23.
25. Andersson G, Asmundson GJ, Denev J, Nilsson J, Larsen HC. A controlled trial of cognitive-behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness. Behav Res Ther 2006;44(9):1265-73.
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):1579-87.
27. Furman JM, Jacob RG. A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. J Anxiety Disord 2001;15(1-2):9-26.