Evaluation of Psychiatric Symptoms in Patients with Vertigo

Soleimani R (MD)¹, Jalali M M (MD)², Bakhshayesh Eghbali B (MD)³

*Corresponding Email Address: Otorhinolaryngology Research Center, Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, School of medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: mmjalali@gmail.com

Received: 04/Feb/2019     Revised: 23/Oct/2019     Accepted: 09/Nov/2019

Abstract

Introduction: The close interaction between vestibular, psychological and neurological disorders causes inefficient treatment of the patients, so it seems necessary for the physicians to consider psychiatric disorders and get to know their different presentations so that they can offer the best treatment.

Objective: This study aimed to evaluate the frequency of psychological symptoms in patients with vertigo.

Materials and Methods: In this descriptive, cross-sectional study, 104 patients with vertigo referred to neurologic and otolaryngologic clinics of the Poursina and the Amiralmomenin hospitals in Rasht in 2014-2017, were selected by the simple sampling method. After a complete neurologic and otolaryngologic examination, the organic cause of the patient's vertigo (if any) was determined through history taking, clinical examination and necessary paraclinical measures. Then, the patients were asked to complete the SCL-90R questionnaire. Data were analyzed using t test, χ² and logistic regression statistical tests with SPSS 22.0 software.

Results: The mean age of participants was 50.4±18.1 years, of the 46 patients (44.2%) were male and 58 (55.8%) were female (P=0.05). Thirty nine patients were with history of dizziness (37.5%). According to the SCL-90R questionnaire, 28 (27.0%) had pathologic psychological symptoms, of which about one fifth was severe. The most common psychiatric symptoms were anxiety, paranoid, interpersonal sensitivity, somatization and obsessive-compulsive disorder. There was a significant association between the mean of the general symptom index and age of participants (correlation coefficient: -0.36, P <0.001). Logistic regression analysis showed that only age and previous history of vertigo could predict significantly psychological symptoms in our patients (P values 0.004 and 0.05, respectively).

Conclusion: In patients with vertigo complaints, psychiatric disorders are common. Therefore, it is better to treat multiple aspects of the patients and pay attention to the treatment of psychiatric disorders at the onset of the disease.

Conflict of interest: non declared

Key words: Dizziness\ Mental Disorders\ Vertigo


1. Associate Professor of psychiatry, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
2. Professor of Otology/Neurotology, Otorhinolaryngology Research Center, Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, School of medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
3. Associate Professor of Neurology, Neuroscience Research Center, Department of Neurology, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
Extended Abstract

Introduction: Vertigo is a type of sensory distortion caused by disruption of one or several parts of the balance system. A strong association between vestibular diseases and psychiatric disorders, especially anxiety disorders, has been reported (1). Researchers reported comorbidity of vertigo and psychological disorders in 30-50% of patients (2). The close interaction between vestibular, psychological and neurological disorders causes inefficient treatment of the patients, so it seems necessary for the physicians to consider psychiatric disorder and get to know their different presentations so that they can offer the best treatment.

Objective: This study aimed to evaluate the frequency of psychological symptoms in patients with vertigo.

Materials and Methods: In this descriptive, cross-sectional study, 104 patients with vertigo referred to neurologic clinic of Poursina Hospital and otolaryngologic clinic of Amiralmomenin Hospital in Rasht in 2014-2017, were selected by the simple sampling method. Inclusion criteria were history of dizziness, lack of serious neurological diseases and mental retardation, lack of recent serious psychiatric disorders, and level of education higher than grade six. After a complete neurologic and otolaryngologic examination, the organic cause of the patient's vertigo (if any) was determined through history taking, clinical examination and necessary paraclinical measures. Then, the patients were asked to complete the SCL-90R questionnaire.

The SCL-90-R is a 90-item self-report system inventory developed by Derogatis (3) and was translated into Persian language. Its validity and reliability were approved in an independent study (4). Internal consistency for all dimensions of the questionnaire was more than 0.70. Each item in SCL-90-R is rated on a five-point scale of distress (0-4) ranging from “not at all” to “extremely”. The nine primary symptom dimensions were labeled as: Somatization; obsessive-compulsive; interpersonal sensitivity; depression; anxiety; hostility; phobic anxiety; paranoid ideation; and psychoticism. Respondents rated 90 items using a 5-point scale to measure the extent to which they have experienced the listed symptoms during the last 7 days. The SCL-90-R also has 3 global indices: the global severity index (GSI), measures the extent or depth of the individual’s psychiatric disturbances; the Positive Symptom Total (PST) counts the total number of questions rated above 1 point; and the Positive Symptoms Distress Index (PSDI) is calculated by dividing the sum of all items values by the PST. In this study we only reported GSI and PST of SCL-90-R subscales.

Data were analyzed using t test, χ2 and logistic regression statistical tests with SPSS 22.0 software.

Results: The mean age of participants was 50.4±18.1 years, of the 46 patients (44.2%) were male and 58 (55.8%) were female (P = 0.05). Thirty nine patients experienced previous history of dizziness (37.5%). The mean score of GSI of participants was 0.68 and 28 (27.0%) had pathologic psychological symptoms of which about one fifth was severe. The most common psychiatric symptoms were anxiety, paranoid, interpersonal sensitivity, somatization and obsessive-compulsiveness. There was a significant association between the mean of the general symptom index and the age of participants (correlation coefficient: -0.36, P<0.001). We found no significant difference in psychological symptoms or their severity. Multivariate logistic regression analysis showed that only age and history of previous vertigo predicted significantly psychological symptoms in our patients (P values 0.004 and 0.05, respectively). We found a high odds of psychiatric comorbidity among the participants with previous history of vertigo, compared to those without it (odds ratio 3.04). In most symptom dimensions, except somatization and phobic anxiety, there was a significant association between score of SCL-90-R subscales and age. In other words, 43.1% of participants under 50 years old and 11.3% of those equal or over 50 years had psychiatric comorbidity (P=0.001). Also, history of previous vertigo was a significant predictor of anxiety and paranoid dimensions.

Conclusion: In patients with vertigo complaints, psychiatric disorders are common. In the present study, 27% of participants exhibited pathologic psychological symptoms. This finding is in line with previous studies. Lehmman et al (5) found that anxiety/phobia is the most common psychiatric disorder (28%). In contrast with our finding, Monzani et al., showed that sex plays a role in both symptom and its severity. This controversy could be due to methodological heterogeneity of studies. Similar to our finding, Ferrari et al, (7) noticed that somatization was a common symptom. The relationship between vertigo and psychiatric disorders is complex and the neurobiological relationship between balance control and anxiety has been addressed through pathways mediated by autonomic control, vestibulo-autonomic interactions, and anxiety (8). There are mainly two models of the relationship between vertigo and psychiatric symptoms: the somatopsychic model and the psychosomatic model. In the former, anxiety is a secondary reaction to organic
pathology, whereas in the latter, stress and anxiety are the primary causes of vertigo attacks (8). Therefore, it is better to treat multiple aspects of the patients and pay attention to the treatment of psychiatric disorders at the onset of the disease.

References
بررسی نشانه‌های روشنایی در سرگیجه

MD

دکتری بهمنی (MD) • دکتر محمد جلالی (MD) • دکتر بابک خراسانی ایلی (MD)

مقدمه: موسسه ملی تحقیقات کودک و زن و پدیده کودکی قهرمان، درمان ناحیه پزشکی اسکلت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

مجله دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره 29، شماره 1/113، صفحه 10-20

مقدمه

سرگیجه که نوعی دگرگونی حسی (ایلوژن) حرفه است، به درد در شبیه شدن هوشیاری درکی ناشی از کارکرد برخی از پیچیده‌های داخلی بدن می‌شود. سرگیجه و اختلال تعلیمی از سردرد و کمکان درمانی و سایر علائم مختلفی را به‌صورت گروهی یا اندهی از دیدگاه دلیلی و درمانی به‌صورت جداگانه شناخته می‌شود. در این مقاله می‌خواهیم با بررسی طیف درمانی مختلفی که برخی از آنها نشانگان سرگیجه و اختلالات روان‌شناختی در دندانپزشکی دندانپزشکی و پزشکی دندانپزشکی به‌صورت جداگانه شناخته می‌شوند، پیشنهادات و انسجام درمانی برای این بیماران را پیشنهاد نماییم.

تیپ‌های گروهی:
- در درمان سرگیجه، اختلالات اجتماعی و روانی شامل است: بیمارانی که از درمان جنسی یا نوجوانی به دنبال هر دوی این اختلالات اجتماعی و روانی در ابتدای بیماری مورد توجه قرار گرفت.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی/سرگیجه/گروهی

بررسی‌های مختلف

- تحقیق‌هایی 30-50 درصد در مورد گارش شده‌است

- نسبت بیماران دریافت سرگیجه پسکوزنی در مطالعات مختلف از 0.5 تا 5 درصد متفاوت است

- این اثرات ممکن است با بیماران افرادی با اضافه‌های روان‌شناختی ممکن است با بیماران دیگر

- سرگیجه به‌صورت درمانی گروهی در درمان روان‌شناختی

- درمان دندانپزشکی در بهبود اجتماعی و داخلی

- گربه‌گرد آزادت از اندیشگانان مختلفی را در می‌گیرد

- برخی از آنها نشانگان سرگیجه و اختلالات روان‌شناختی

- افزایش می‌باید 3

- بیماران دچار سرگیجه و اختلال داخلی و اجتماعی

- گروه‌های علمی، تحقیق‌های و اختلالات روان‌شناختی

- افزایش می‌باید 3

- بیماران دچار سرگیجه و اختلال داخلی و اجتماعی
سریجیه وضعیت حمله‌ای خوش‌خیم، میزان اضطراب و افزسرگی به ترتیب 22 و 15 درصد بوده است (16). اغلب تشخیص سریجیه با مشاهده غیرجسمی جز تشخیص افتراق در نظر گرفته شده. نتایج در بررسی بیماران با شکایت از سریجیه، ازبین روانلکسکی صورت نمی‌گیرد. به همین دلیل بیماران سریجیه صورت دیده دارای نشانه‌های مزمن بوده و اغلب معده با تشخیص شایع نشدند. شایع ترین علائم اضطراب، درک، اختلال شخصیتی، بستری و علائم روانلکسکی، اصولاً در سطح تا 13. از طرفی همراهی نزدیک اختلالات وستیبولار و روانشناختی در بررسی بیماران بیمارانی که در بیشتر موقع در روانشناختی در حالت مطابق باشند، بیماران بیماران مهم که پویکتر در این بیماران با شکایت سریجیه مسائل روانشناختی را در نظر داشته باشند و با نشان‌های متوفات آن آشنایی باشد تا ماهیت اختلال، درمان مناسب ارائه کنند. نتایج نشان داد که با شکایت از سریجیه، نتایج تعلیق مراجعه کرده.

مواد و روش‌ها
این مطالعه متغیری-تووصیفی بر بیمارانی با شکایت سریجیه مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی داخلی اعصاب و گوش و حرکت و بینی، جراحی سر و گردان بیمارستان‌های پورسینا و امیرالمؤمنین(ع) شیراز، استان گیلان در سال‌های 93-95 انجام گرفت. میزان‌های علائم بیماران و بیمارانی که در سال‌های 16-81 ساله میانگین سنی 204/5 طرح این مطالعه 95 سکرت به کردند. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

نتایج
در این مطالعه 104 بیمار دچار سریجیه (16-81 ساله) در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.

در بررسی پویکتکی، میانگین سنی 204/5/5 شرکت کردن. 49 درصد از شکایت در مرد و 58 درصد زن بودند. در جدول شماره یک، ویژگی‌های دموگرافیک این بیماران جایگاه آمده است.
جدول 1: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرکیجه مورد مطالعه (104 نفر)

<table>
<thead>
<tr>
<th>کوئروها</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنسیت</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مادک</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>مادک</td>
<td>58 (55.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لیترال</td>
<td>62%</td>
</tr>
<tr>
<td>لیترال</td>
<td>38%</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه مبتلا سرکیجه</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مدت زمان ابتلا به سرکیجه</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 ماه</td>
<td>87 (37%)</td>
</tr>
<tr>
<td>10 ماه</td>
<td>8 (6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>14 ماه</td>
<td>9 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>انواع سرکیجه</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BPPV</td>
<td>27 (37%)</td>
</tr>
<tr>
<td>میگرن و خستگی</td>
<td>12 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>نوآمای و خستگی</td>
<td>6 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>سایر علل</td>
<td>13 (13%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2: میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از زیر شاخص ها و ضریب کلی علایم مرضی و فراوانی موارد غیرطبیعی در پرسشنامه SCL-90R در بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>علائم مرضی</th>
<th>علائم خشیف</th>
<th>انحراف معیار میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جسمانی زیاد</td>
<td>35/6</td>
<td>0/73 (106)</td>
</tr>
<tr>
<td>وسایل آجای</td>
<td>35/6</td>
<td>0/48 (138)</td>
</tr>
<tr>
<td>حساسیت در روایت سطح</td>
<td>35/6</td>
<td>0/59 (151)</td>
</tr>
<tr>
<td>افسردگی</td>
<td>35/6</td>
<td>0/54 (158)</td>
</tr>
<tr>
<td>اضطراب</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
<tr>
<td>پرخاشگری</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
<tr>
<td>نرس مرضی</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
<tr>
<td>افکاریابانیت</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
<tr>
<td>روان پریش</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
<tr>
<td>ضریب کلی علایم مرضی</td>
<td>35/6</td>
<td>0/55 (160)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اختلاف معیار در بین زیر کوئروها بیماران در متقن‌های مانند میانگین نمره ضریب کلی علایم مرضی با سن شرکت کنندگان ارتباط داشت (ضریب همبستگی 0.37- و P<0.001 که نشان داده هدف علائم روانپزشکی بیشتر در سن پایینتر است. آنالیز تک متغیره در زمینه میانگین نمره ضریب کلی علایم مرضی با توجه به متغیرهای دموگرافی انجام شد. نتایج نشان داد که علائم روانپزشکی در جنس مونت طور معنی‌دار بیش از جنس مذکر است (P<0.04). همچنین،
علائم روانپزشکی ارتباط دارد (جدول 4). به طوری که ۴۳/۸ بود. به بیان دیگر گمانه وجود علائم روانپزشکی در افراد با سابقه قبلی سرگیجه حدد دویست درصد بیشتر سال، ضرب کلی علائم مرضی غربالهای داشتن (P=۰/۰۰۲). همچنین، سابقه سرگیجه، پیشینی کننده معنی‌دار بروز علائم ضدوانی و یا نرمال نیست. جدول ۳ رابطه متفاوت میانگین دوگانه‌ای تک نمره ضرب کلی علائم مرضی در بیماران مبتلا به سرگیجه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرهای پژوهش</th>
<th>گروهها</th>
<th>P-value</th>
<th>سطح معناداری</th>
<th>آنالیز چند متغیره</th>
<th>آنالیز یک متغیره</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خصوصیات سالی</td>
<td>جنس</td>
<td>۰/۰۵</td>
<td>۰/۰۶</td>
<td>۰/۰۳</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>محاسبات</td>
<td>موت</td>
<td>۰/۰۵</td>
<td>۰/۰۶</td>
<td>۰/۰۳</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه سرگیجه</td>
<td>داده ندارند</td>
<td>۰/۰۵</td>
<td>۰/۰۶</td>
<td>۰/۰۳</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>متغیرهای پژوهش</td>
<td>نوع سرگیجه</td>
<td>۰/۰۵</td>
<td>۰/۰۶</td>
<td>۰/۰۳</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماری روانپزشکی</td>
<td>رونالیز</td>
<td>۰/۰۵</td>
<td>۰/۰۶</td>
<td>۰/۰۳</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Benferroni)

جدول ۴: پیشینی کنندهای ابعاد مختلف روانپزشکی در بیماران مبتلا به سرگیجه (پس از اصلاح)

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرهای پژوهش</th>
<th>پیشینی کننده</th>
<th>P-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>مزار</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>سن</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>عوامل آماری</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>مزیت‌های ویژه</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>افراد مقایسه</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>طبقهبندی</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>اضطراب</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه سرگیجه</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نرسیدن</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>افتراق</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>سیستمی</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان</td>
<td>سن</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

آزمون رگرسیون لجستیک چند متغیره

بحث و توجیه‌گری

سرگیجه و عدم تعادل شایان بیماران مراجعه‌کننده به مطب پزشکان عمومی و متخصص داخلی اعصاب و گوش و گهر

جلوه دانشگاه علوم پزشکی کیانی، دوره ۲۹ شماره (پیش‌ریزی ۱۲۳) فروردین ۱۳۹۹

۷
فراوانی اضطراب و افسردگی جنس مذکر و مونت وجود نداشت. گرچه در برخی مطالعات فراوانی افسردگی بیشتری در جنس مونت بیست ماهه (18) این اختلال فی که توانایی آن از فراوانی زنی می‌باشد، می‌تواند از این‌رو در جامعه باشد.

در ده گذشته تأکید باز و روند بیماری داده (16-19) در بیماران سرگیجه مطرح شده است. نمی‌توان به اثرات اضطراب بیانکی این خصوصیات، سازی، ترم، و... و مواردی که مشخص علت سرگیجه ناشی از این، بیان بوده است. همچنین در بررسی اصیل شناختهای مختلف، روانپزشکی جامعه مطالعه مداخله، شایع شدن علل اضطراب، پرخاشگری، جسمانی سازی و وسایل ابزار و فناها به مطالعه ما در راستای مطالعات قبلی بوده است (18-20).

در مطالعه 27 داده (17) سرگیجه ناشی از چنین باز و بیماری شدید بوده است. همچنین در بررسی دیگر نظام شناختهای مختلف روانپزشکی جامعه مطالعه، شایع شدن علل اضطراب، پرخاشگری، جسمانی سازی و وسایل ابزار و فناها به مطالعه ما در راستای مطالعات قبلی بوده است (21).

در سرگیجه علت دادن به 60% در بیماران دست کم در یکی از زیر شناختهای اطلاعی (SCL-90) در افراد مبتلا به سرگیجه مربوط به طبیعی مصرف و در بیماران دچار سرگیجه مربوط به طبیعی مصرف و جسمانی سازی بالاست. در این مطالعه در بیماران با سرگیجه به علت شناختهای شناختهای جسمانی سازی، وسایل ابزار، حساسیت در روابط متقابل و افکار بیماران با سرگیجه است. 

همچنین، بررسی مطالعه اول (9) بیمارانی که اخلاق روانپزشکی داده (گروه سایکلوژیک و گروه مخلوط) در مقایسه با گروه سرگیجه از دسترسی فناها شناختهای داشته و در این افراد اضطراب (56 درصد)، افسردگی (22 درصد)، و همچنین (49 درصد) پیشرفت بیماران است. 

به علت شناختهای شناختهای جسمانی سازی، وسایل ابزار، حساسیت در روابط متقابل و افکار بیماران با سرگیجه است.

همچنین، بررسی مطالعه اول (9) بیمارانی که اخلاق روانپزشکی داده (گروه سایکلوژیک و گروه مخلوط) در مقایسه با گروه سرگیجه از دسترسی فناها شناختهای داشته و در این افراد اضطراب (56 درصد)، افسردگی (22 درصد)، و همچنین (49 درصد) پیشرفت بیماران است. 

به علت شناختهای شناختهای جسمانی سازی، وسایل ابزار، حساسیت در روابط متقابل و افکار بیماران با سرگیجه است.


4. Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Psychiatric morbidity and comorbidity in different