

· 综述 ·

精神心理性头晕

■ 朱翠婷, 鞠奕

作者单位

100050, 北京
首都医科大学附属北京
天坛医院神经病学中心
血管神经病学科

通信作者

鞠奕
juyi1226@vip.163.com

【摘要】 长期以来, 没有明确前庭功能障碍疾病的慢性头晕被称作精神心理性头晕。既往提出的恐惧性姿势性眩晕、视觉性眩晕不能解释慢性头晕患者精神性症状的范围, 且没有提出明确有效的干预措施。为了更好地定义被称为“精神心理性头晕”的疾病实体, 描述疾病病因、临床表现和相关发病机制, 相关学者在2004—2005年提出了慢性主观性头晕的概念, 2014年在慢性主观性头晕和恐惧性姿势性眩晕的基础上更新为持续性姿势-知觉性头晕这一概念, 本文将详细讨论持续性姿势-知觉性头晕的认识过程, 阐述其发病机制、临床表现、诊断与治疗方法, 及其与精神疾病之间的联系。

【关键词】 慢性主观性头晕; 持续性姿势-知觉性头晕; 功能性头晕; 焦虑抑郁

【DOI】 10.3969/j.issn.1673-5765.2017.09.021

Psychogenic Dizziness

ZHU Cui-Ting, JU Yi. Vascular Neurology Center Department of Neurology, Beijing Tian Tan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China

Corresponding Author: JU Yi, E-mail: juyi1226@vip.163.com

【Abstract】 Chronic dizziness, which has long been known to have no clear vestibular dysfunction, is called psychogenic dizziness. The proposed Phobic Postural Vertigo and visual vertigo couldn't account for the range of psychiatric symptoms in patients with chronic dizziness, and didn't raise fully effective interventions. In order to define betterly “psychogenic dizziness” disease entity and describe the etiology, clinical manifestation and relative mechanisms, the scholars elicited the concept of chronic subjective dizziness in 2004-2005 and updated as the Persistent Postural-Perceptual Dizziness on the basis of chronic subjective dizziness and Phobic Postural Vertigo in 2014. This article will discuss the process of cognition of Persistent Postural-Perceptual Dizziness in detail, and elucidate its pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment, and its relationship with psychogenic diseases.

【Key Words】 Chronic subjective dizziness; Persistent Postural-Perceptual Dizziness; Functional dizziness; Anxiety and depression

长期以来, 没有明确前庭功能障碍疾病的慢性头晕被称作精神或心理性头晕。但有关精神或心理性头晕目前尚没有统一的定义和标准。国内曾称为精神性眩晕或头晕、心因性头晕、心理性头晕, 多指无明确神经系统或前庭功能障碍的慢性持续性头晕, 常伴有主观失衡感及精神症状, 明确诊断心理性头晕具有挑战性^[1]。本文针对精神心理性头晕认识的起源及演变过程从恐惧性姿势性眩晕到慢性主观性头晕到持续性姿势-知觉性头晕, 详细阐述持续性姿

势-知觉性头晕的发病机制、临床表现、诊断和治疗, 总结精神心理性头晕诊疗思路变化, 提出最新的研究术语功能性头晕这一概念。

1 相关概念的起源及演变

18世纪以前国外的医学文献中记载眩晕由脑部或胃功能障碍所引发, 这为之后将眩晕描述为脑部疾病与抑郁症候群的症状之一奠定了病因学的基础; 十九世纪中叶, 有关眩晕的病因学研究认为眩晕是一种独立的慢性疾病, 有双

重来源,一是源于脑部,二是源于抑郁症;这种描述在眩晕和精神性疾病之间提供了一种正式的机制上的联系^[2]。

1984年FREUD描述了焦虑的发作,意识到患者在焦虑发作时能够辨识出躯体性症状,这一观察是精神心理性头晕形成的重要组成部分^[2]。1986年,德国神经病学家基于对非眩晕性头晕患者的临床观察,描述了一种恐惧性姿势性眩晕,这种头晕无法用当时所熟知的神经耳科疾病来解释^[3]。之后的研究发现患有前庭功能障碍的患者有较高的恐慌症发病率,具有恐慌症的患者又有较高的头晕和非特异性平衡功能测试异常,有学者推测焦虑紊乱可以引起躯体性头晕,而前庭功能障碍可以引起身心焦虑^[4]。

2006年有学者提出了恐惧性姿势性眩晕(phobic postural vertigo, PPV)的概念,症状为主观性站立不稳、错觉姿势晃动,通常伴有焦虑和自主神经兴奋,PPV的提出是一个比精神心理性头晕更加特定的概念,但是并不能解释慢性头晕患者精神性症状的范围,而且并没有提出明确有效的干预措施^[4]。另一些研究者发现部分慢性头晕的患者对复杂视觉刺激不耐受(例如人流拥挤的商店、雨中开车),完成对视觉要求高的任务时有困难(例如阅读、滚动电脑图像),但患者无复视或振动幻视,视觉主诉并非来自于眼科疾病,因而研究者将上述视觉主诉定义为视觉性眩晕(visual vertigo)^[5]。

基于对以上术语“恐惧症、精神障碍、恐惧性姿势性眩晕、视觉性眩晕”这些研究,学者们为了更好地定义被称为“精神心理性头晕”的疾病实体,描述疾病病因和相关发病机制,2004-2005年引入了慢性主观性头晕(chronic subjective dizziness, CSD)的概念。他们将CSD定义为一组慢性非旋转性头晕或者伴有对环境刺激高度敏感的主观平衡障碍以及对于

复杂的视性刺激或者精确的视觉任务耐受性差,通常没有明确的前庭功能障碍^[6]。

PPV、CSD和视觉性眩晕有一些共同的特点,它们的差异可能反映了对一种疾病多层面的不同见解。2014年STAAB和RUCKENSTEIN提出了持续性姿势-知觉性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)的概念,这一概念被纳入到了国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD) -11中^[7]。在过去的5年里, Ba'ra'ny学会的附属委员会在PPPD疾病的诊断标准上达成共识^[8]。PPPD包含了过去30年内一些综合征中描述的核心特点,如PPV的站立不稳、CSD的慢性非旋转性头晕、空间-运动不适和视觉性眩晕。这些综合征的共同特点形成了PPPD的基本诊断标准。

2 慢性头晕与精神障碍的发病机制

2.1 焦虑抑郁与前庭功能之间的通路联系 头晕可导致焦虑,焦虑可引起头晕^[9]。多项研究致力于将PPV和CSD与主要精神障碍区分开^[10]。一项横断面研究招募了547例眩晕/头晕患者,发现接近50%患者有活动的精神疾病^[11]。慢性头晕潜在病理生理过程与人类自身的威胁反应系统和焦虑相关气质有关。头晕的经历激活了人体内在的威胁反应(即战斗/逃跑)系统,增加了患者对运动刺激的感知度,在有易感气质的个体可导致CSD和焦虑。当内在威胁反应被调制到无害的躯体感受时(例如短暂的不稳定感)会发生惊恐障碍,患者过度担忧灾难性后果,还有应验式焦虑、恐惧躲避和反复惊恐发作^[12]。与具有相同生理和心理负担症状的群体比较,CSD患者更有可能具有内向性格特点并形成精神障碍的可能^[13]。焦虑可以引起身心头晕,前庭功能障碍可以引起身心焦虑^[14]。下边缘皮质可以根据不同的刺激产生自主神经、内分泌和情感反应^[15]。内感受性成分由前庭、内脏

和伤害性感觉通过臂旁核和丘脑至岛叶和边缘系统杏仁核的上行投射所介导。这些情感和运动系统之间的交流可以引起情感和运动的混乱感知。前庭功能障碍导致情绪紊乱可能是由于前庭系统和边缘系统的生理性连接,反过来这些情绪压力会使得他们的前庭症状更加加剧,从而导致更严重的功能障碍^[13]。

2.2 PPPD的病理生理机制和神经心理学发现 PPPD的病理生理过程包括了促发事件,这些事件会引起机体干扰自身平衡功能的急性前庭综合征进行生理或行为适应^[16]。精确的姿势平衡分析表明,功能性头晕患者(PPV型)在正常站立时会通过协调收缩腿部伸肌和屈肌,从而增加姿势晃动^[17]。PPV的主观不平衡与开环闭环姿势控制机制协调的特征性改变相关,抗重力肌的协调收缩和开环与闭环姿势控制之间多变的相互作用在环形症状级联中达到高潮,这是姿势不稳定的恶性循环^[18]。磁共振成像研究表明人的性格特质高水平的敏感性与杏仁核和脑干、杏仁核和尖顶、额下回和缘上回及额下回和视觉皮层的高度连接相关联^[19]。低水平的外向性格与杏仁核的活动活跃相关,也与杏仁核和调节其功能的前额区域的连接变少有关。因此,高水平的敏感性和低水平的外向性格可能会是功能性头晕的风险,因为前庭视觉和焦虑网络的反应性和连接更多了,而运用高风险姿势控制的阈值更低了。相比之下,韧性、乐观、相信生活的艰辛是可控的人格特征,在发生急性前庭综合征后一年出现持续功能性头晕的可能性较小^[19]。血清素存在于前庭神经核,从前庭神经核到下橄榄核到达小脑绒球小结叶,影响运动感觉神经通路的反应性^[20],可以显著减少未患有躯体性神经耳科疾病的慢性主观性头晕,包括合并或未合并精神性共患病^[21]。

3 临床表现

在涉及CSD临床表现的研究中,曾将CSD

分为三种表现模式:①心因性CSD:患者常有惊恐障碍,无躯体及神经耳科疾病^[10];②耳源性CSD:在发生急性前庭神经损伤或其他类似疾病(例如前庭神经元炎、良性阵发性位置性眩晕、短暂性脑缺血发作)之前,患者无焦虑障碍病史,神经系统或耳科疾病促进了焦虑的发生^[9];③交互性CSD:在出现任何头晕症状之前,患者有焦虑障碍病史或素质。在急性 and 一过性真性眩晕发作之后或可导致头晕,患者发生CSD且焦虑障碍加重。2014年,整合CSD和PPPV的概念更新并提出的持续性姿势-知觉性头晕的概念,这是一种慢性状态,可持续数月或者数年,核心症状为:持久的感觉摇晃站立不稳合并/或者非眩晕性头晕持续超过3个月,症状出现在白天(每30 d至少发作15 d);大多患者存在日间症状^[22]。主要特点有6个方面:持续摇摆或者不稳定但未被体格检查查出;站立会加重症状;头部运动或者复杂的视觉刺激会加重症状;症状发作时存在疾病或者情感打击;相关疾病可能引起这一症状;焦虑^[6]。

4 诊断和治疗

4.1 诊断 PPPD的诊断标准^[8]: A.出现一个或多个以下症状:头晕、不稳定或非旋转眩晕,≥3个月。症状是持续的,但起伏不定,在一天中症状会逐渐增加,但不会一整天都很活跃,可能会自发或在突然运动时出现短暂的暴发。 B.症状出现时没有特异的诱发因素,但是以下几点可以加剧:①直立姿势;②主动或被动运动,不考虑方向和位置;③暴露于移动的视觉刺激或复杂的视觉模式。 C.该病通常于导致急性前庭症状或平衡问题的事件不久后开始,尽管较少,其发展缓慢,诱发事件包括急性、阵发或慢性前庭综合征,其他神经或内科疾病和心理困扰,如: a.当被急性或阵发事件诱发时,在诱发事件恢复时,症状通常会落入标准A模式,最初可能会间断发生,然后就会固定为一个持续

的过程。b.当由慢性事件触发时,症状会缓慢发展,并逐渐恶化。D.症状造成相当大的痛苦或功能障碍。E.症状不应归因于另一种疾病或不适。

4.2 治疗 早期识别、早期诊断、早期治疗有助于CSD或PPPD患者的彻底恢复。

心理治疗:患者教育是成功治疗关键的第一步^[23]。一些既往研究显示,心理治疗对于明确的、长期存在的PPPD患者治疗效果并不理想^[22],因而认知行为疗法开始的时机很重要。治疗在诱发事件之后的8周内(PPPD症状开始出现,但未完全形成之前)开始进行,则获益可以持续^[22]。自律训练可以帮助患者缓解焦虑并且对于整体的治疗有明显效果^[24]。

药物选择:可以尝试不同种类的选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)和5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂(selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SSNRI)^[25],疗程至少维持1年以上,最大程度抑制头晕复发。苯二氮卓类药物以及其他前庭抑制剂治疗PPPD无效^[8]。

前庭平衡康复治疗:前庭康复治疗可减少60%~80%的前庭症状,对于减轻PPPD患者的焦虑和抑郁可能有效,应进行至少3~6个月前庭平衡康复治疗来获得最大效益^[8]。一个初步研究表明将心理教育、认知-行为治疗、物理治疗和抗抑郁药物(如果需要的话)联合的方法可以减缓功能失调性疾病行为和头晕^[26],姿势平衡测量可以用于监测心理教育、认知-行为治疗、药物和物理疗法的治疗效果。

2016年DIETERICH和STAAB^[8]又提出了功能性头晕的概念,为先前被称为躯体性或心理性头晕的疾病提供了新的术语,也可能成为继PPV、CSD、PPPD之后新的描述精神心理性头晕的概念,但这一概念的形成及合理性还需要更多的研究。这些概念是否能够完全涵盖与

精神心理相关的头晕类疾病,需要进一步探讨。此外,在与精神心理相关的头晕疾病诊疗思维中,是否可以摒弃以往的单一思维方式,采用多维度的思维模式。以慢性头晕为主的前庭症状可以由前庭疾病引起,也可以由继发心理疾病所致,但前提需要优先排除合并或诱发的严重精神疾病。从PPV、CSD到PPPD,人们对与精神心理相关头晕的认识和理解在逐渐加深。随着临床和基础研究的不断深入,我们将会逐渐完善这一类型头晕的诊断和治疗。

参考文献

- 1 吴子明,孙新宇.眩晕领域应重视精神心理性眩晕[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(12):1006-1008.
- 2 BALABAN C D, JACOB R G. Background and history of the interface between anxiety and vertigo[J]. J Anxiety Disord, 2001, 15(1-2): 27-51.
- 3 POLLAK L, KLEIN C, STRYJER R, et al. Phobic postural vertigo: a new proposed entity[J]. Isr Med Assoc J, 2003, 5(10): 720-723.
- 4 Staab J P. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology[J]. Curr Opin Neurol, 2006, 19(1): 41-48.
- 5 GUERRAZ M, YARDLEY L, BERTHOLON P, et al. Visual vertigo: symptom assessment, spatial orientation and postural control[J]. Brain, 2001, 124(Pt8): 1646-1656.
- 6 HONAKER J A, GILBERT J M, STAAB J P. Chronic subjective dizziness versus conversion disorder: discussion of clinical findings and rehabilitation[J]. Am Journal Audiol, 2010, 19(1): 3-8.
- 7 World Health Organization. The international classification of diseases-11 beta draft[DB/OL]. 2012(2016-09-25) [2016-09-25]. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>.
- 8 DIETERICH M, STAAB J P. Functional dizziness: from phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness[J]. Curr Opin Neurol, 2017, 30(1): 107-113.
- 9 ODMAN M, MAIRE R. Chronic subjective dizziness[J]. Acta Otolaryngol, 2008, 128(10): 1085-1088.
- 10 STAAB J P, RUCKENSTEIN M J. Which comes

- first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety[J]. *Laryngoscope*, 2003, 113 (10) : 1714-1718.
- 11 LAHMANN C, HENNINGSEN P, BRANDT T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2015, 86 (3) : 302-308.
 - 12 JACOB R G, FURMAN J M. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction[J]. *Curr Opin Neurol*, 2001, 14 (1) : 41-46.
 - 13 POLLAK L, KLEIN C, RAFAEL S, et al. Anxiety in the first attack of vertigo[J]. *Arc otolaryngol head neck surgery*, 2003, 128 (6) : 829-834.
 - 14 HORII A, UNO A, KITAHARA T, et al. Effects of fluvoxamine on anxiety, depression and subjective handicaps of chronic dizziness patients with or without neuro-otologic diseases[J]. *J Vestib Res*, 2007, 17 (1) : 1-8.
 - 15 RUCKENSTEIN M J, STAAB J P. Chronic subjective dizziness[J]. *Otolaryngol Clin N Am*, 2009, 42 (8) : 71-77.
 - 16 STAAB J P. Behavioural neuro-otology[M]. Oxford, UK, Oxford University Press, 2013: 333-346.
 - 17 BRANDT T, STRUPP M, NOVOZHILOV S, et al. Artificial neural network posturography detects the transition of vestibular neuritis to phobic postural vertigo[J]. *J Neurol*, 2012, 259 (1) : 182-184.
 - 18 BRANDT T, KUGLER G, SCHNIEPP R, et al. Acrophobia impairs visual exploration and balance during standing and walking[J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2015, 1343: 37-48.
 - 19 TSCHAN R, BEST C, BEUTEL M E, et al. Patients' psychological well-being and resilient coping protect from secondary somatoform vertigo and dizziness (SVD) 1 year after vestibular disease[J]. *J Neurol*, 2011, 258 (1) : 104-112.
 - 20 STAAB J P, RUCKENSTEIN M J. Chronic dizziness and anxiety: effect of course of illness on treatment outcome[J]. *Arc Otolaryngol Head Neck Surgery*, 2005, 131 (8) : 675-679.
 - 21 JEFFREY P, STAAB M S, RUCKENSTEIN M J, et al. A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness[J]. *Laryngoscope*, 2004, 114 (9) : 1637-1641.
 - 22 BITTAR R S, LINS E M. Clinical characteristics of patients with persistent postural and perceptual dizziness[J]. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2014, 51 (3) : 276-282.
 - 23 HUPPERT D, STRUPP M, RETTINGER N, et al. Phobic postural vertigo--a long-term follow-up (5 to 15 years) of 106 patients[J]. *J Neurol*, 2005, 252 (5) : 564-569.
 - 24 GOTO F, TSUTSUMI T, KABEYA M, et al. Outcomes of autogenic training for patients with chronic subjective dizziness - Journal of Psychosomatic Research[J]. *J Psychosom Res*, 2012, 72 (5) : 410-411.
 - 25 HORII A, MITANI K, KITAHARA T, et al. Paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor, reduces depressive symptoms and subjective handicaps in patients with dizziness[J]. *Otol Neurotol*, 2004, 25 (4) : 536-543.
 - 26 TSCHAN R, ECKHARDT-HENN A, SCHEURICH V, et al. Steadfast-effectiveness of a cognitive-behavioral self-management program for patients with somatoform vertigo and dizziness[J]. *Psychother Psychosom Med Psycho*, 2012, 62 (3-4) : 111-119.

(收稿日期: 2017-02-19)



【点睛】精神心理性疾病可能是头晕的原因或结果,可能诱发头晕感觉或在一过性急性疾病或事件后维持症状的长期存在。