

# Vertigem:(Des)equilíbrio Físico, (Des)equilíbrio Emocional?

(Francisco de Sousa Rodrigues)\*

## Resumo

O presente artigo compreende uma revisão de literatura em torno da vertigem, manifestação que assume uma importância epidemiológica significativa (cerca de 25% da população do Reino Unido) e acarreta um potencial incapacitante de significado clínico, quer a nível físico (nomeadamente no que diz respeito ao risco de quedas), quer a nível psíquico (fobias, depressão...).

O sintoma surge as mais das vezes associado a perturbações neuro-otológicas, mas a sua etiologia permanece envolta numa nebulosa de hipóteses ainda bastante inconclusivas, além disso existem alguns quadros sindrómicos (i.e. Vertigem Postural Fóbica, Vertigem Subjetiva Crónica) que destacam a importância de fatores psíquicos na tela sintomática.

A revisão indica um longo caminho a percorrer e uma área com enormes potencialidades de teorização ao nível da Medicina, Psicologia e do transversal modelo Psicossomático, qualquer que seja a sua orientação paradigmática, ainda que este artigo enfoque o pensamento psicanalítico.

## Abstract:

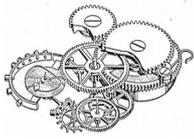
This paper consists of a literature review on vertigo/dizziness, an epidemiologically significant symptom (about 25% of United Kingdom's populations), which comprises an important disabling factor, be it physically (namely falling risks), be it psychologically (phobias, depression).

This symptom is more commonly associated with neuro-otological disturbances, but its aetiology still lies on a nebula of yet broadly inconclusive hypotheses, besides there are some syndromes (e.g. Phobic Postural Vertigo, Chronic Subjective Dizziness) that stress the importance of psychological factors on the symptomatic picture.

The revision points a long journey of investigation and theorization potentialities at the level of Medicine, Psychology and the transversal Psychomatic model, whatever the paradigm, despite the alignment of this article with the Psychoanalytical thinking.

**Palavras-Chave:** vertigem, síndrome vestibular, otorrinolaringologia, psicanálise, psicossomática

\* (Psicólogo Clínico. Equipa de Pedopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. Assistente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)



## 1) Introdução:

A vertigem corresponde ao efeito ilusório de movimento do corpo no espaço ou do espaço relativamente ao corpo (Häusler, 1989, cit. in Quinodoz, 2004).

De acordo com Yardley, Owen, Nazareth & Luxon, 1998; Kroenke, Hoffman & Einstadter, 2000, cit. in Yardley et al. 2009), Hannaford et al., 2005; Neuhauser et al., 2008, cit. in Yardley et al. 2012), trata-se de um quadro sintomático que surge com bastante frequência na população, com uma prevalência média de cerca de 25% na população do Reino Unido.

A prevalência varia com a idade (Davis & Moorjani, 2003, cit. in Warninghoff, Bayer, Ferrari & Straube, 2009): cerca de um em cada dez adultos em idade ativa referiram determinado grau de incapacidade devido à Vertigem (Yardley, Owen, Nazareth & Luxon, 1998), todavia observa-se uma maior incidência partir dos 60 anos, faixa em que uma em cada cinco pessoas sofre de Vertigem com potencial incapacitante e que carece de acompanhamento médico (Sloane, Blazer & George, 1989 cit. in Yardley et al., 2009 e Yardley, et al. 2012).

A vertigem crónica pode ser bastante limitativa e até incapacitante levando, por exemplo, ao evitamento de atividades que possam provocar vertigens, à redução da qualidade de vida, perturbações emocionais, sentimento de perda de capacidades, falta de confiança no equilíbrio e vulnerabilidade a quedas (Honrubia, Bell, Harris, Baloh, & Fisher, 1996; Yardley, 2000; Monzani, Casolari, L, Guidetti & Rigatelli, 2001; Yardley, Beech, & Weinman, 2001).

## 2) Etiologia e Terapêutica da Vertigem – Bases Fisiológicas:

Ainda que sintomas vertiginosos surjam em diversas patologias fisiológicas – de cardiovasculares a neurológicas, de infecciosas a efeitos secundários de medicação – (Yardley, Burgneay, Nazareth & Luxon, 1998; Warninghoff, Bayer, Ferrari & Straube, 2009), “a maior parte das afeições vertiginosas diagnosticáveis são de causa neuro-otológica, causada por uma disfunção da velocidade rotacional dos

sensores do ouvido interno, os canais semicirculares” (Hain & Uddin, 2003; p.86), afetando cerca de um terço dos pacientes com vertigem (Badke, Miedaner, Shea, Grove, & Pyle, 2005).

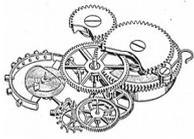
O equilíbrio e orientação da posição corporal resultam do processamento combinado de três tipos de informação – vestibular, visual e somatossensorial – no aparelho central vestibular (Naloh & Honrubia, 1979, cit. in Hain & Uddin, 2003).

A vertigem física é, então, causada principalmente por assimetrias de processamento (Naloh & Honrubia, 1979, cit. in Hain & Uddin, 2003), quer ao nível do aparelho central vestibular, quer ao nível do aparelho periférico – estas últimas menos frequentes (Furman & Whitney, 2000, cit. in Badke et al., 2005).

A vertigem com origem no sistema nervoso central observa-se mais frequentemente do que a Vertigem Sensorial de origem não-vestibular (sistemas visual e somatossensorial), contudo é menos frequente relativamente a sintomas vertiginosos de origem otológica (Hain & Uddin, 2003).

Existem pelo menos seis neurotransmissores envolvidos no arco de três neurónios entre as Células Vestibulares Ciliadas e os Núcleos que controlam o Reflexo Vestíbulo-Ocular: o Glutamato, a Acetilcolina, o GABA, a Dopamina, a Noradrenalina e a Histamina (Hain & Uddin, 2003).

A terapêutica farmacológica das Síndromes Vestibulares baseia-se essencialmente na beta-histina, cuja eficácia terapêutica tem vindo a ser discutida sobretudo nos quadros de longa duração (Rascol, et al., 1995; Colledge, Barr-Hamilton, Lewis, Sellar & Wilson, 1996; Hanley & O’Dowd, 2002; Hain & Uddin, 2003). Segundo Lacour & Streckers (2001), a sua profilaxia pressupõe um efeito de redução das assimetrias de funcionamento dos componentes sensório-vestibulares, além do aumento o fluxo de sangue na região vestiboloclear, pelo antagonismo dos heteroreceptores H3, protegendo este mesmo aparelho. Segundo os mesmos autores, a beta-histina potencia a síntese histaminérgica nos Núcleos Tuberomamilares e conseqüente libertação de Histamina através do antagonismo dos autoreceptores H3, o que “promoverá e facilitará a compensação vestibular”



(p.854). Já Hain & Uddin (2003) consideram que o efeito da beta-histina e a influência do sistema histaminérgico a nível vestibular é discutível, ideia igualmente reforçada por Yardley et al. (2012) ao citar estudos que concluem que tipo nenhum de medicação tem um efeito curativo ou profilático generalizado (i.e. Rascol, et al., 1995, Colledge, Barr-Hamilton, Lewis, Sellar & Wilson, 1996; Hanley & O'Dowd, 2002).

Outra terapêutica que tem vindo a ser aplicada é a Reabilitação Vestibular, que consiste em séries de exercícios de 20 minutos diários, por um período de 6 a 12 semanas, envolvendo movimentos oculares, da cabeça e corporais que promovem a adaptação neurológica à informação mal transmitida por parte do sistema vestibular (Herdman, 1999; Cohen, 2006, Yardley et al., 2009; Yardley et al., 2012). Este tipo de intervenção tem vindo a ser considerada dispendiosa, seja pela necessidade exames específicos, seja pela escassez de terapeutas especializados, seja ainda pela duração da terapêutica (Jayarajan & Rajenderkumar, 2003; Fife & Fitzgerald, 2005; Polensek, Sterk, & Tusa, 2008).

### **3) A Psicologia da Vertigem – Da nosologia aos fatores psicodinâmicos:**

Diversos estudos demonstram uma importante associação entre perturbações do equilíbrio e problemas de natureza psicológica, numa prevalência muito superior quando comparada com a da população em geral (Alvord, 1991; Clark et al., 1994b; Egger, Luxon, Davies, Coelho, & Ron, 1992; Eckhardt-Henn, Breur, Thomalske, Hoffmann & Hopf, 2003; Kroenke et al., 1992; McKenna, Hallam, & Hinchcliffe, 1991; Staab, 2013; Yardley, Beech, & Weinman, 2001; Yardley & Redfern, 2001; Yardley et al., 1999). Staab (2013) indica cita uma prevalência de perturbações depressivas e/ou ansiosas em 30 a 50% dos pacientes com patologia vertiginosa, por comparação com 9-15% dos pacientes de medicina geral.

Yardley, Burgneay, Nazareth & Luxon (1998) aferiram uma correlação positiva entre sintomas físicos e psíquicos, uma tendência acrescida de sobrevalorização de ligeiros sintomas vertiginosos por parte dos sujeitos com predisposição a reagir adversamente à desorientação. Situação de certo modo

paralela à chamada Vertigem Postural Fóbica (*Phobic Postural Vertigo – PPV*), com a diferença de que esta, normalmente, advém de personalidades Obsessivo-Compulsivas, cuja sintomatologia vertiginosa tende a surgir após algum tipo de manifestação vestibular, patologia somática ou situações angustiantes (Brandt, 1996; Bradt & Dietrich, 1986 cit. in Staab, 2013).

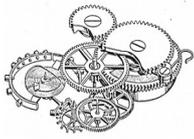
Warninghoff et al. (2009) aferiram uma correlação positiva entre a Depressão e a *PPV*, mas reforçaram a ideia de que a *PPV* não se trata de um mero sintoma associado ao colorido de uma determinada patologia psiquiátrica, mas de uma entidade autónoma a outras patologias psíquicas.

Ödman & Maire (2008), num estudo sobre Vertigem Subjetiva Crónica (*Chronic Subjective Dizziness – CSD*) – proposta diagnóstica que se caracteriza pela ausência de patologia neurológica e neuro-otológica, frequentemente classificada como psicogénica e que parte do princípio que existem interações entre o sistema vestibular, visual e mecanismos somatoformes (Balaban & Thayer, 2001; Furman & Jacob, 1997, 2001) –, referem uma proporção de 2:1 de prevalência no sexo feminino e um efeito de círculo vicioso entre a ansiedade que pode causar vertigem psicossomática e disfunção vestibular que, por outro lado, pode causar ansiedade somatopsíquica (tal como Eckhardt-Henn, et al., 2003 evidenciaram).

O conceito de *CSD* tem vindo a ser entroncado a partir de uma série de dados investigacionais que permitiram alumiá-lo mais concretamente uma série de aspetos psicossomáticos no que respeita ao despoletar dos sintomas e à sua manutenção, o que se traduz num complexificação além da que conceito de *PPV* abrange (Staab & Ruckenstein, 2005).

Já em 1988, Jacob, havia considerado a interação destacada pelo conceito de *CSD* como evidência da existência de vias neurológicas comuns, que convergem no grupo parabraquial, no controlo dos sistemas vestibular, nervoso autónomo, bem como da resposta emocional (Balaban & Thayer, 2001).

Apesar da disparidade de resultados, diversos estudos apoiam uma correlação positiva entre a ansiedade e a vertigem, quer em conjunto com patologia vestibular (3 a 41%



de intercorrência), quer na ausência de patologia vestibular (6 a 76%) (Eckhardt-Henn et al., 2003), premissa que se mantém para a associação a patologias da orla da depressão (6 a 62%) (Eckhardt-Henn et al., 2003).

Fatores temperamentais, conflitos intrapsíquicos, sensibilidade orgânica e vulnerabilidade ao stresse traduzem-se nos fatores que concorrem para a instalação da doença psicossomática (Buljan & Ivančić, 2007), no que às patologias vertiginosas diz respeito, a natureza dos mecanismos de interação tem vindo a ser amplamente discutida e constata-se um dado curioso, a formulação de conclusões ao sabor da disciplina médica na qual operam os investigadores: Hain (2015), neurologista, defende a ideia de que as perturbações psíquicas são secundárias à doença, por outro lado Staab & Ruckenstein (2003; corroborado em Staab, 2013), psiquiatras, concluíram a existência de três padrões de interação com prevalência semelhante:

- a) Sintomas psíquicos como causa da vertigem – quando não existe um historial de doença otológica, mas sim ataques de pânico causados por respostas ansiosas inatas face a um estímulo fisiológico, que condicionarão todo o rosário de manifestações associadas e bem conhecidas;
- b) A exacerbação de sintomas psíquicos preexistentes por conta dos sintomas neuro-otológicos – o chamado modelo interativo, quando não existem quadros fóbicos ou de pânico, mas outras perturbações de ansiedade ou depressivas e o surgimento de patologia neuro-otológica provoca uma intensificação dos sintomas psíquicos;
- c) O surgimento de sintomas psíquicos ou psicopatologia subsequentes aos sintomas vestibulares – quando após uma afeção neuro-otológica surgem sintomas de ansiedade antecipatória, evitamento e ataques de pânico em pessoas sem historial de perturbações de ansiedade e num tempo subsequente os ataques de pânico podem mesmo surgir sem crises vertiginosas, o que parece indicar que os sintomas

físicos concorrem nos mesmos mecanismos que os psicológicos.

Num estudo nacional, Garcia, Coelho e Figueira (2003) demonstraram, em linha com os elementos já citados na presente revisão, a importância dos fatores psíquicos na sintomatologia vertiginosa.

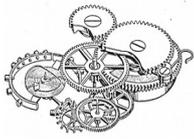
Do plano da compreensão dos mecanismos psíquicos inerentes aos sintomas e centrando numa linguagem psicanalítica, foram poucos os que se debruçaram verdadeiramente no estudo do sintoma, não obstante ter sido considerado por Freud um dos sintomas-chave da Neurose de Angústia e ser questão que surge com alguma ubiquidade na sua obra (Quindoz, 1997).

Até 1896, Freud não considerava que a vertigem tivesse origem psíquica, tal como a Neurose de Angústia, realidades que advinham de energia libidinal não utilizada (Quindoz, 1997).

A partir da “Conferências Introdutórias à Psicanálise” (1916/1917), Freud passou a referir a Histeria de Angústia ou Neurose Fóbica, resultante da fixação de angústia livremente flutuante a algum aspeto externo como apaziguador de “perigo interno” emergente, cujos mecanismos apresentavam similaridades com os mecanismos da Histeria de Conversão, porém diferentes na medida em que no primeiro caso há um recalçamento e projeção da angústia e no segundo há recalçamento e conversão em sintoma físico (Conferência nº XXV).

Em 1926, com “Angústia, Sintoma e Inibição”, Freud situou no Ego a sede real da angústia, ou seja, deixa de ser um produto da libido, passando a ser um componente, por direito, afetivo. A angústia surge como uma evocação de momentos de exigência pulsional, cujo protótipo está no nascimento, sinalizando eventuais perigos, concomitantemente a vertigem surge como marcador da panóplia de perigos percebidos. Pela primeira vez, Freud refere-se à angústia não apenas como sinalizador de atividade libidinal, mas também como sinalizador da pulsão de morte autodirigida.

Em 1933, a angústia ressurgiu como um produto da libido, mas desta vez transformada psiquicamente por ação do Ego



ou do Superego, considerada um mecanismo de defesa que sinaliza os perigos externos, que enfocam, na realidade, os perigos internos.

Um dos conceitos mais importantes para a compreensão da natureza da vertigem foi o de *clivagem do ego*, introduzido por Freud já no final da vida, visto surgir como uma imagem do conflito subjacente entre dois movimentos opostos, um numa atitude de onipotência infantil e outro numa atitude mais realista e madura (Quindoz, 1997).

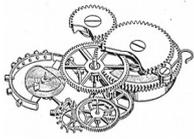
Tendo em conta o referido anteriormente relativamente à escassez de teorização psicanalítica sobre vertigem, há que destacar o trabalho da psicanalista suíça Danielle Quindoz, autora do livro *Le Vertige entre angoisse et plaisir* (1994, trad. inglesa, 1997), onde expõe o seu pensamento acerca da vertigem, em grande parte inspirado no modelo de Melanie Klein.

Em sintonia com a adaptação do conceito de *clivagem do ego* à questão da vertigem, Quindoz (1997), refere-se a movimentos entre tendências opostas e definiu algumas propostas etiológicas da vertigem adequada à natureza do conflito dos pacientes:

- a) Vertigem associada à fusão: parte de um movimento de idealização da fusão, da unidade original com a mãe, que tem como protótipo a vida intrauterina, idealização onipotente de satisfação total, porém os constrangimentos do nascimento e de experiências pré-natais desagradáveis proporcionam o surgimento de pesadas angústias persecutórias e de aniquilamento;
- b) Vertigem associada a experiências de ser largado: assente no desejo da permanência constante do “seio bom”, que tudo providencia, o que gerador de angústia visto em contraponto surgir a imagem do “seio mau”, persecutório e abandonico – que abandona no vazio. Destaca os constrangimentos da separação-indivuação, pois o sintoma surge em momentos nos quais a pessoa apreende o objeto como separado, o que numa fase de

inconsistência existencial alude ao perigo de perda por via da diferenciação;

- c) Vertigem associada à sucção: complementar à situação anterior, consistindo na angústia de ser aprisionado sem hipótese de escapatória, com alguma similaridade com a claustrofobia, mas que dispensa a crise de angústia apenas em situação de enclausuramento físico. Surge muitas vezes relacionada com a fantasia de que terceiros se desejam vingar daquilo que a própria pessoa imagina ter retirado ou destruído;
- d) Vertigem associada ao aprisionamento/fuga: transcende a justaposição abandono/absorção, há um movimento entre o aprisionamento e a fuga, que coloca a pessoa perante a hipótese de uma terceira via, a relação com o objeto. É o espaço de transição para uma real existência separada e diferenciação objetual – resolução da Posição Esquizoparanoide;
- e) Vertigem associada à atração pelo vazio: apresenta-se como a resposta, naturalmente ambígua, ao espaço divisor *self*-objeto, que pode ser entendido de uma forma passiva ou ativa, onde a pessoa idealiza a possibilidade de explorar esse espaço atraída pela ideia de compreender o espaço intrapsíquico a partir da perceção do mundo externo, com destaque para a esperança de encontrar um espaço habitado, o espaço relacional. Associa-se a estruturas que ainda demonstrarão alguma angústia em lidar com os seus aspetos pulsionais, pelo que surgem frequentes movimentos de identificação projetiva, com vista a expurgar aspetos mais inaceitáveis ou causadores de angústia, porém é também a partir daqui que se começam a estruturar as funções egóicas e a independência objetual;
- f) Vertigem associada à expansão: tipo de vertigem especialmente associada a estruturas narcísicas, traduz-se na necessidade de expansão contínua para confirmação existencial, por dificuldade no



reconhecimento das fronteiras *self-objeto*, com projeção nos outros do próprio vazio interno negado e separado do núcleo da personalidade. A vertigem muitas vezes surge no contexto de um processo analítico, pelo que este tipo de vertigem surge mais ou menos desfasado do pressuposto desenvolvimental subjacente ao pensamento da autora.

- g) Vertigem associada à competição: de natureza edipiana, surge com a fantasia de transcender o rival, portanto em estruturas que começam a complexificar o sistema relacional e a natureza progressivamente mais específica dos objetos relacionais – corresponde à entrada no registo neurótico: da predominante individuação e diferenciação, da flexibilidade defensiva, da elaboração do paradoxo amor-ódio...

#### 4) Conclusão:

A presente revisão permitiu aclarar alguns conceitos acerca do sintoma vertigem e a sua relação com o funcionamento da *psyche*, que se constata invariável e inequívoca, mesmo quando os fatores fisiológicos estão diagnosticados, o que corrobora a visão da Psicossomática de interação permanente *psyche-soma*.

Denota-se a necessidade de muito mais investigação nesta área quer nos modelos biológicos, quer comportamentais, quer psicanalíticos.

#### Bibliografia:

Alvord, L.S. (1991). Psychological status of patients undergoing electronystagmography. *American Academy of Audiology*, 2, 261-265.

Badke, M.B., Miedaner, J.A., Shea, T.A., Grove, C.R., & Pyle, G.M. (2005). Effects of Vestibular and Balance Rehabilitation on Sensory Organization and Dizziness Handicap. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 114, 48-54.

Balaban, C.D., & Thayer, J.F. (2001). Neurological bases for balance anxiety links. *Anxiety Disorders*, 15, 53-79.

Brandt, T. (1996). Phobic postural vertigo. *Neurology*, 46, 1515-1519.

Buljan, D., & Ivančić, I. (2007). Psychological-Psychiatric Factors in Chronic Dizziness. *Ras za medicinske znanosti*, 07(65), 77-90

Clark, M.R., Sullivan, M.D., Fischl, M., Katon, W.J., Russo, J.E., & Dobie, A. (1994b). Symptoms as a clue to otologic and psychiatric diagnosis in patients with dizziness. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 461-470.

Cohen, H.S. (2006). Disability and rehabilitation in the dizzy patient. *Current Opinion in Neurology*, 19, 49-54.

Colledge, N.R., Barr-Hamilton, R.M., Lewis, S.J., Sellar, R.J., & Wilson, J.A. (1996). Evaluation of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study. *BMJ*, 313, 788-792.

Eagger, S., Luxon, L. M., Davies, R. A., Coelho, A., & Ron, M. A. (1992). Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: a clinical and neuro-otological study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 55, 383-387.

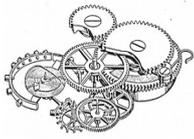
Eckhardt-Henn, A., Breuer, P., Thomalske, C., Hoffmann, S.O., & Hopf, H.C. (2003) Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *Anxiety Disorders*, 17, 369-388.

Fife, D., & Fitzgerald, J.E. (2005). Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human financial costs associated with current practice. *Int. J Audiol*, 44, 50-57.

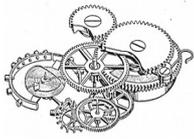
Freud, S. (1916-1917). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*.

Freud, S. (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*.

Freud, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*.



- Furman, J.M., & Jacob, R.G. (1997). Psychiatric dizziness. *Neurology*, 48, 1161-1166.
- Furman, J.M., & Jacob, R.G. (2001). A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. *Anxiety Disorders*, 15, 9-26.
- Hain, T.C., & Uddin, M. (2003). Pharmacological Treatment of Vertigo. *CNS Drugs*, 12(2), 85-100.
- Hain, T.C. (2015). Vertigo and Psychological Disturbances. <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/psych/psych.htm>
- Hanley, K., & O'Dowd, T. (2002). Symptoms of vertigo in general practice: a prospective of diagnosis. *British Journal of General Practice*, 65, 679-684.
- Hannaford, P.C., Simpson, J.A., Bisset, A.F., Davis, A., McKerrow, W., & Mills, R. (2005). The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Family Practice*, 22, 227-233. doi:10.1093/fampra/cmi004
- Herdman, S.J. (1999). *Vestibular Rehabilitation*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Honrubia, V., Bell, T.S., Harris, M.R., Baloh, R.W., & Fisher, L.M. (1996). Quantitative evaluation of dizziness characteristics and impact on quality of life. *The American Journal of Otolaryngology*, 17, 595-602.
- Jacob, R.G. (1988). Panic disorder and the vestibular system. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 361-374.
- Jayarajan, V., Rajenderkumar, R. (2003). A survey of dizziness management in general practice. *J Laryngol Otol*, 117(5), 599-604.
- Kroenke, K., Lucas, C.A., Rosenberg, M.L., Scherokman, B., Herbers, J.E., & Wehrle, P.A. (1992). Causes of persistent dizziness – a prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Annals of Internal Medicine*, 117, 898-904.
- Lacour, M., & Strekers, O. (2001). Histamine and Betahistine in the Treatment of Vertigo. *CNS Drugs*, 15(11), 853-870.
- McKenna, L., Hallam, R.S., & Hinchcliffe, R. (1991). The prevalence of psychological disturbance in neurotology outpatients. *Clinical Otolaryngology*, 16, 452-456.
- Monzani, D., Casolari, L., Guidetti, G., & Rigatelli, M. (2001). Psychological distress and disability in patients with vertigo. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 319-323.
- Ödman, M., & Maire, R. (2008). Chronic subjective dizziness. *Acta Oto-Laryngologica*, 128, 1085-1088. doi: 10.1080/00016480701805455
- Polensek, S.H., Sterk, C.E., & Tusa, R.J. (2008). Screening for vestibular disorders: a study of clinicians' compliance with recommended practices. *Med Sci Monit*, 14.
- Quindoiz, D. (1997). *Emotional Vertigo Between Anxiety and Pleasure*. Londres: Routledge.
- Rascol, O., Hain, T.C., Brefel, C., Benazet, M., Clanet, M., & Montastruc, J.L. (1995). Antivertigo medications and drug-induced vertigo. A pharmacological review. *Drugs*, 50, 777-791.
- Staab, J.P. (2013). Behavioural Neuro-Otology. In A.M. Bronstein & C. Kennard (Eds.): *Oxford Textbook of Vertigo and Imbalance*. Oxford: Oxford University Press.
- Staab, J.P., & Ruckenstein, M.J. (2003). What comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *Laryngoscope*, 113, 1714-1718.
- Staab, J.P., & Ruckenstein, M.J. (2003). Chronic dizziness and anxiety: Effect of course of illness on treatment outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 131, 675-679.
- Warninghoff, J.C., Bayer, O., Ferrari, U., & Straube, A. (2009). Co-morbidities of vertiginous diseases. *BMC Neurology*, 9(29). doi:10.1186/1471-2377-9-29



Yardley, L. (2000). Overview of psychological effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 33, 603-616.

Yardley, L., Barker, F., Muller, I., Turner, D., Kirby, S., Mullee, M., et al. (2012). Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 344. doi: 10.1136/bmj.e2237

Yardley, L., Beech, S., & Weinman, J. (2001). Influence of beliefs about the consequences of dizziness on handicap in people with dizziness and the effect of therapy on beliefs. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 1-6.

Yardley, L., Burgneay, J., Nazareth, I., & Luxon, L. (1998). Neuro-otological and psychiatric abnormalities in a community sample of people with dizziness: a blind, controlled investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 65, 679-684.

Yardley, L., Kirby, S., Barker, F., Little, P., Raftery, J., King, D., et al. (2009). An evaluation of the cost-effectiveness of booklet-based self-management of dizziness in primary care, with and without expert telephone support. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, 9(13). doi: 10.1186/1472-6815-9-13

Yardley, L., Medina, S.M.G., Jurado, C.S., Morales, T.P., Martinez, R.A., & Villegas, H.E. (1999). Relationship between physical and psychosocial dysfunction in Mexican patients with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 63-74.

Yardley, L., Nazareth, I., & Luxon, L. (1999). Psychiatric dysfunction and dizziness. *The Lancet*, 353, 2069.

Yardley, L., Owen, N., Nazareth, I., & Luxon, L. (1998). Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *British Journal of General Practice*, 48(429), 1131-1135.

Yardley, L., & Redfern, M.S. (2001). Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 107-119.