

# Vertigo Psikogenik

*by* Andi Kurnia Bintang

---

FILE	VERTIGO_PSIKOGENIK.DOCX (42.35K)	WORD COUNT	1526
TIME SUBMITTED	27-SEP-2019 07:08AM (UTC+0700)	CHARACTER COUNT	10278
SUBMISSION ID	1180879994		

# VERTIGO PSIKOGENIK

Andi Kurnia Bintang

## PEDAHULUAN

Vertigo psikogenik sering juga disebut sebagai *phobic postural vertigo* (PPV) dan biasanya bersamaan dengan serangan panik atau agoraphobia. (1) Kondisi ini sangat erat kaitannya dengan *gait* dan *postur* yang ditandai dengan adanya vertigo non-rotasi, ketidakseimbangan postural subjektif, dan *unsteadiness* utamanya pada pasien dengan suatu kepribadian obsesif-kompulsif.<sup>2</sup>

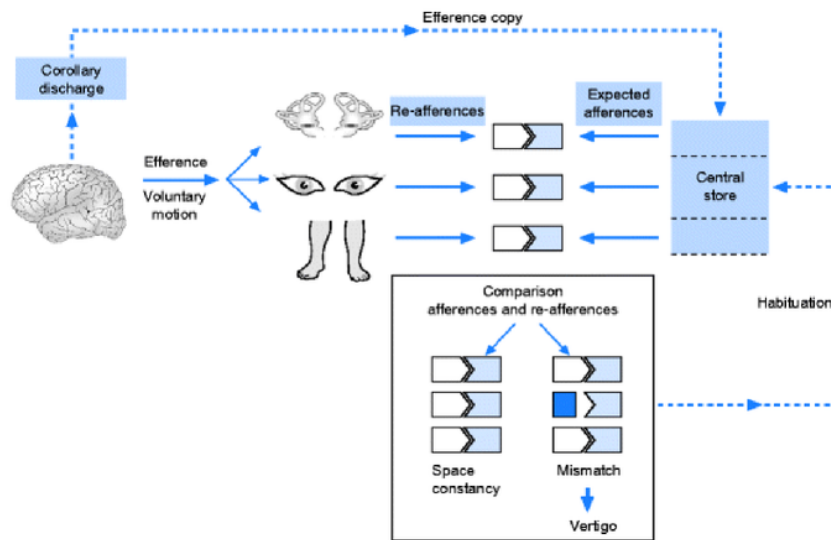
8 PPV merupakan salah satu gangguan yang paling umum ditemukan pada praktek neuro-otologi, meskipun sering kali tidak dikenali. Dalam sebuah penelitian, PPV merupakan diagnosis terbanyak ke dua setelah *benign paroxysmal positional vertigo* (BPPV) yang diidentifikasi sebanyak 15% dari 17.700 pasien dewasa rawat jalan. Pada unit referral *dizziness* tartier lain diidentifikasi 23% PPV dari 3.113 penderita. Frekuensi PPV pada center dan negara lain bervariasi dari 2,5% hingga 16%. Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh sensitivitas diagnostik.<sup>3</sup>

PPV dapat bermanifestasi pada setiap umur dewasa, paling sering pada dekade dua dan tiga, bahkan merupakan bentuk vertigo paling umum pada kelompok usia ini. Tidak ada kecenderungan mengenai satu jenis kelamin. Jika PPV tidak diobati, gejala memburuk dan berkembang generalisasi dan perilaku menghindar meningkat.<sup>4</sup>

## PATOFISIOLOGI

Untuk menjelaskan persepsi ilusi PPV dan instabilitas sikap, Brandt dan Dieterich menghipotesiskan suatu gangguan *space constancy*. Ini merupakan hasil dari sinyal parsial *decoupling reafference* aktual dari penggandaan sinyal *efference* untuk gerakan kepala dan tubuh aktif (Brandt dan Dieterich, 1986; Brandt, 1996).<sup>4</sup>

Gerakan kepala volunter menyebabkan stimulasi organ sensoris vestibular, visual dan somatosensorik. Impuls dari ketiga organ ini dibandingkan dengan pola harapan multisensori yaitu *internal model* yang dikalibrasi oleh gerakan pengalaman sebelumnya. Pola gerakan yang diharapkan dipersiapkan secara bersamaan oleh *efference copy signal*, yang dikirim paralel dengan impuls gerak volunter jika stimulasi sensoris bersamaan dan pola yang diharapkan sesuai kesepakatan, yaitu gerak diri dirasakan dan ruang konstan (*space constancy*) dipertahankan. Namun, jika ketidaksesuaian antara pola yang masuk dengan pola yang diharapkan akibat parsial *de coupling* dari *efference copy signal* dan re-afferens, terjadi *mismatch sensorimotor*, sehingga vertigo dan ketidakseimbangan dirasakan. Subjek tidak lagi mengalami gerakan kepala volunter pada lingkungan yang menetap, melainkan dirasakan suatu disorientasi yang mengancam dengan akselerasi eksogenik kepala dan ilusi gerak bersamaan sekitarnya. Mekanisme ini dapat digambarkan pada skema berikut.<sup>3,4</sup>



Gambar 3.25. Skema bagaimana vertigo/dizziness berkembang akibat *space-constancy*

## GAMBARAN KLINIS

Komponen penting PPV adalah kombinasi antara kepribadian obsesif-compulsif atau histeria dan adanya suatu situasi tertentu yang mencetuskan serangan. Karakteristik gejala lainnya yaitu bersamaan dengan kecemasan dan diikuti serangan singkat vertigo dan ketidakseimbangan postural subjektif timbul pada situasi tertentu.<sup>2</sup>

Pasien PPV selain mempunyai sifat kepribadian kompulsif yang jelas juga tendensi introspeksi intensif, dan mengendalikan segala sesuatunya. Mereka lebih ambisius, tuntutan tinggi pada dirinya, dan sering merasa kesal dan takut.<sup>3,4</sup>

Pasien menjelaskan vertigonya sebagai sesuatu yang akan mengganggu kesadaran yang fluktuatif atau persepsi ilusi gerakan badan yang sering timbul beberapa detik. Kadang vertigo memanjang, dan penderita merasa ketakutan akan hilang kesadaran atau jatuh. Selain itu, ketidakseimbangan postural subjektif bermanifestasi perasaan lemas, penghambatan gerakan, atau gangguan koordinasi tunggani dan kepala. Ketika berdiri dan terjadi gerakan aktif tubuh seperti kepala berbalik atau menggeser berat badan dari satu kaki ke kaki lain, posisi kepala menjadi tidak stabil yang akan memprovokasi ilusi percepatan tubuh yang tidak menyenangkan dengan gerakan ilusi simultan dari lingkungan diam. Pada kasus ringan, pasien berupaya mencari dukungan atau bersandar pada sesuatu. Ciri khas serangan tersebut termasuk kecemasan, kegelisahan psikomotor dengan reaksi keinginan mendadak untuk melarikan diri dari tempat yang memprovokasi terjadinya serangan, berjalan tanpa tujuan atau jika duduk menggunakan erat pada lengan kursi.<sup>2</sup>

Kontrol postural pasien PPV telah diteliti oleh Brandt dkk. Pasien dengan PPV menunjukkan peningkatan aktivitas bergoyang pada frekuensi 3.53-8 band selama posisi diam

dan mereka kurang mampu menstabilisasi postur tubuhnya melalui informasi visual dibandingkan dengan subjek sehat. Namun, ketika aktivitas postural menjadi lebih sulit dilakukan dengan berdiri tandem pada karet yang berbusa, pasien PPV menunjukkan strategi postural yang sama dengan individu yang normal. Dengan demikian, nampaknya jika pasien dengan PPV, dengan mengkontraksikan kembali otot-otot fleksor dan ekstensor pada kaki yang digunakan, meskipun dalam periode inaktif, suatu strategi postural yang sama dengan yang digunakan individu ketika pasien tersebut terkonfrontasi dengan aktivitas postural.<sup>4</sup>

Serangan terjadi dengan interval tidak teratur, terkadang beberapa kali sehari. Beberapa kondisi tertentu atau situasi tertentu dapat memicu terjadinya serangan seperti bila pasien berada pada suatu jembatan tinggi, tangga, kamar kosong, jalan atau mengendarai mobil. Juga dapat terjadi pada situasi sosial tertentu misalnya di departemen store, restoran, pertunjukan konser, pertemuan di mana pasien mengalami kesulitan dalam menarik diri dan dia mengenali tempat tersebut atau kondisi tersebut merupakan faktor yang dapat memprovokasi. Serangan spontan juga dapat terjadi, sehingga pasien biasanya cenderung beranggapan bahwa terdapat penyebab organik lain. Setelah serangan berulang kali, pengkondisian dan generalisasi tampaknya terjadi, bahwa situasi sehari-hari dapat memicu serangan tanpa kegelisahan yang signifikan.<sup>2</sup>

PPV diuraikan sebagai dizziness non-rotasional. Dapat terjadi setelah gangguan vestibular akut seperti benign paroxysmal positioning vertigo atau vestibular neuritis (21% kasus).

## DIAGNOSIS

Diagnosis PPV terutama berdasarkan karakteristik berikut.<sup>5</sup>

1. Dizziness dan gangguan keseimbangan subjektif saat berdiri atau berjalan dengan tes keseimbangan klinis normal. Tes keseimbangan yang dimaksud seperti romberg, jalan *tandem*, dan posturografi rutin.
2. *Fluctuating unsteadiness* episodik yang berlangsung selama beberapa detik sampai beberapa menit atau persepsi ilusi gangguan tubuh sesaat.
3. Meski serangan bisa terjadi secara spontan, biasanya terdapat stimulus perseptual seperti jembatan, tangga, dan ruang kosong, jalan atau situasi sosial; mall, restoran, konser dan keramaian, di mana pasien mengalami kesulitan menarik diri dan mereka mengenali sebagai faktor yang memprovokasi. Terdapat kecenderungan pengkondisian yang cepat, generalisasi dan perilaku menghindar untuk berkembang.
4. Kecemasan (57%) dan gejala vegetatif yang mengganggu terjadi selama atau setelah vertigo. Sebagian besar pasien mengalami serangan dengan atau tanpa kecemasan.
5. Tipe kepribadian obsesif-kompulsif, afek labil atau depresi ringan.
6. Sering terjadi setelah suatu periode stres emosional tertentu, setelah penyakit serius atau setelah kelainan vestibular organik.

## **PENATALAKSANAAN**

Indikator terapi yang paling utama adalah untuk mengurangi ketakutan pasien yang menganggap dirinya mengidap suatu penyakit organik dengan melakukan pemeriksaan dan menjelaskan mekanisme psikogenik kepada pasien secara hati-hati. Selain itu, perlu pula dilakukan desensitisasi dengan memberikan paparan terhadap situasi-situasi yang bersifat pemicu, di mana pasien sebaiknya tidak menghindari situasi yang memicu serangan melainkan harus menghadapi situasi tersebut. Pada waktu yang sama, pasien juga disarankan untuk berolahraga secara teratur, di mana olahraga telah terbukti dalam meningkatkan percaya diri pasien terhadap tingkat keseimbangan dirinya. Jika telah diberikan penjelasan dan dilakukan desensitisasi namun ternyata tidak memberikan perbaikan yang cukup setelah beberapa minggu sampai beberapa bulan, maka psikoterapi dengan atau tanpa medikamentosa sebaiknya dimulai seperti pemberian inhibitor reuptake serotonin selektif (paroksetin, sitalopram, flucoksamin, atau setralin) atau obat antidepresan tri/tetrasiklik selama 3 sampai 6 bulan. Pada beberapa pasien, obat-obatan yang telah disebutkan tadi dapat dikombinasi dengan obat-obatan ansiolitik seperti lorazepam, namun hanya untuk waktu yang singkat mengingat adanya risiko kecanduan.<sup>4,5</sup>

Terapi kognitif dan psikoterapi yang dikombinasi dengan rehabilitasi vestibular terbukti dapat secara signifikan memperbaiki gejala seperti yang terlihat pada suatu studi kontrol dengan jumlah sampel pasien yang kecil (Andersson dkk. 2006; Holmberg dkk.2006). Berdasarkan studi lain, strategi tatalaksana yang dikatakan memungkinkan untuk memberikan hasil yang lebih baik adalah kombinasi antara terapi kognitif, psikoterapi, medikamentosa, dan fisioterapi termasuk latihan vestibular (studi pilot; Tschann dkk. 2012).<sup>4,5</sup>

Peranan pasien yang mengalami stress akibat penyakit yang diderita untuk memahami mekanisme psikogenik dan mengatasi kondisi tersebut melalui prosedur desensitisasi merupakan pengalaman yang cukup positif baik terhadap klinisi maupun terhadap pasien itu sendiri.<sup>4</sup>

## **PROGNOSIS**

Sebuah studi pemantauan (0.5-5.5 tahun setelah diagnosis awal) terhadap 78 pasien memperlihatkan bahwa 72% pasien yang terlibat dalam studi tersebut ternyata bebas dari gejala atau memperlihatkan perbaikan yang cukup jelas setelah diberikan terapi (Brandt dkk.1994). Pada studi lain dengan durasi pemantauan 5-16 tahun oleh Huppert dkk pada tahun 2005 didapatkan hasil yang sama.<sup>2</sup>

Dua buah penelitian yang diikuti telah dilakukan pada populasi pasien PPV setelah intervensi. Pada kontrol pertama (rata-rata 2,5 tahun), 22% pasien terbebas dari gejala, 50% mengalami perbaikan dan 28% tidak mengalami perbaikan atau mengalami perburukan gejala. Luaran klinis nampaknya tidak bergantung pada intervensi terapeutik tambahan. Namun demikian, sebuah frekuensi yang tinggi pada masalah psikologis yang tersisa tidak tergantung pada penurunan gejala ketidakseimbangan. Gejala fisik yang persisten seperti tinnitus dan nyeri leher berkontribusi pada luaran klinis yang buruk. Terdapat suatu tendensi adanya prognosis yang lebih baik dengan gejala klinis yang pendek.<sup>4</sup>

Kontrol selanjutnya pada populasi yang sama (rata-rata 8,5 tahun), 27% pasien terbebas dari gejala, 48% mengalami perbaikan gejala, 22% tidak mengalami perbaikan gejala, dan 3% mengalami perburukan. Laki-laki lebih rentan untuk relaps. Pada populasi ini, 47% menjalani pengobatan (SSRI atau tranquiliser), 29% menjalani psikoterapi, 22% menjalani fisioterapi, dan 17% menjalani terapi yang lain. Pasien seringkali menjalani terapi kombinasi dari beberapa terapi ini.<sup>4</sup>

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Hauser SL. Clinical manifestations of neurologic disease. In: Hauser SL, editor. *Harrison's neurology in clinical medicine* second edition. United States: The McGraw-Hill Companies; 2010. p.98.
2. Brandt T. Physiological dan psychophysiological vertigo. In: Baloh RW, Halmagyi GM, editors. *Disorders of the vestibular system*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 496-508.
3. Dieterich M, Staab JP, Brandt AT. Functional (psychogeni) dizziness. In: Hallett M, Stone J, Carson A, editors. *Handbook of clinical neurology*. United States: Elsevier; p. 449-65.
4. Brandt T, Dieterich M, Strupp M. Somatoform vertigo and dizziness syndrome. In: Brandt T, Dieterich M, Strupp M, editors. *Vertigo and dizziness common complaints second edition*. London: Springer; 2013. p. 157-62.
5. Johan H. *Dizziness and fear of falling: a behavioural and physiological approach to phobic postural vertigo*. Swedia: Lund University; 2016.

# Vertigo Psikogenik

---

## ORIGINALITY REPORT

---

% **7**

SIMILARITY INDEX

% **7**

INTERNET SOURCES

% **5**

PUBLICATIONS

% **5**

STUDENT PAPERS

---

## PRIMARY SOURCES

---

**1**

[www.e-rvs.org](http://www.e-rvs.org)

Internet Source

% **1**

**2**

[www.kb.se](http://www.kb.se)

Internet Source

% **1**

**3**

Submitted to The University of Manchester

Student Paper

% **1**

**4**

Anthony J. Brune, Eric R. Eggenberger.  
"Disorders of Vergence Eye Movements",  
Current Treatment Options in Neurology, 2018

Publication

% **1**

**5**

Marta Silva. "Hemorragia subaracnoidea  
espontânea: Fatores preditivos e papel da  
tomografia computadorizada de perfusão no  
diagnóstico precoce da isquemia cerebral  
tardia", Repositório Aberto da Universidade do  
Porto, 2014.

Publication

% **1**

**6**

Pedro Santos Marques, Rosa Castillo,  
Margarida Santos, Nicolas Perez-Fernandez.  
"Repositioning nystagmus: prognostic

% **1**

# usefulness?", Acta Oto-Laryngologica, 2014

Publication

---

<b>7</b>	<b>iamdian.blogspot.com</b>	<b>%1</b>
	Internet Source	

---

<b>8</b>	<b>scholar.unand.ac.id</b>	<b>%1</b>
	Internet Source	

---

<b>9</b>	<b>es.scribd.com</b>	<b>%1</b>
	Internet Source	

---

EXCLUDE QUOTES ON

EXCLUDE ON

BIBLIOGRAPHY

EXCLUDE MATCHES

< 5

WORDS