


**Rheinfelder Tage Psychosomatik
Symposium Psychosomatik und Angst
27. März 2009**

**Angst vor Schwindel,
schwindelig vor Angst oder
alles nur geschwindelt?**

Ursachen und Therapie des
„psychogenen“ Schwindels

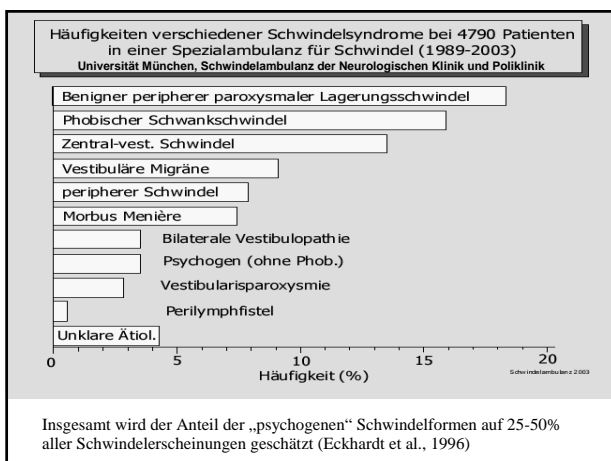


PD Dr. Michael Rufer
Psychiatrische Poliklinik, UniversitätsSpital Zürich
michael.rufer@usz.ch

**Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und
Gleichgewichtsstörungen, UniversitätsSpital Zürich**

Wozu dient das Schwindelzentrum?

- Als Zentrum müssen wir sehr komplexe Patienten sehen und können keinen anderen fragen
- Sehr viele Schwindelpatienten haben Symptome aus verschiedenen Gründen, die nur interdisziplinär beurteilt werden können
- Psychische Ursachen werden oft schwer akzeptiert
- Wenn die Patienten den Psychotherapeuten im interdisziplinären Team kennenlernen, kommen sie auch zu weiteren Sitzungen zu ihm



„Psychogener“ Schwindel

Am häufigsten bei ...


- **Angsterkrankungen**
64% ambulanter Patienten mit „psychogenem“ Schwindel hatten eine Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung (Kapfhammer et al., 1995)

Darüber hinaus bei ...

- **Depressionen**
- **Somatiformen Störungen**
- **Anpassungsstörungen**
- Weiteren psychische Störungen wie z.B. dissoziativen Störungen Alkoholabusus, Essstörungen

Schwindel als Ausdruck einer Angststörung

„Eine hervorragende Stellung in der Symptomgruppe der Angstneurosen nimmt der Schwindel ein.“ (Freud 1895)



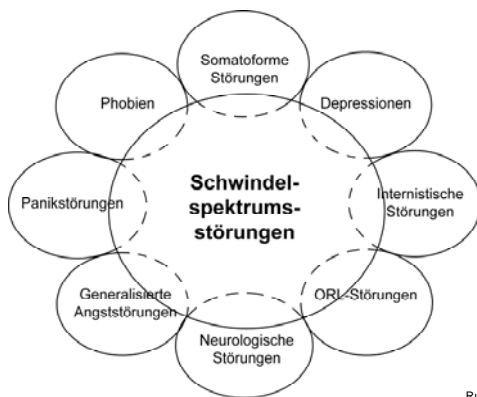
- Bei Angststörungen kann ...
 - sowohl Angst als auch Schwindel vorhanden sein
 - der Schwindel dominieren
 - die Schwindelsymptomatik situationsabhängig oder „aus heiterem Himmel“ auftreten
 - Hyperventilation Schwindel-Auslöser bzw. -verstärker sein
- Häufig besteht ...
 - besorgte Selbstbeobachtung
 - Vermeidungsverhalten

Erklärungsmodelle für „psychogenen“ Schwindel

- Schwindel als Angstäquivalent („Phobischer Attackenschwindel“)
 - Schwankschwindel, subjektive Stand-/Gangunsicherheit, oft ausgelöst durch spezifische Situationen mit Vermeidungsverhalten
 - Begleitet von Angst / vegetativen Missemphindungen
- Schwindel als Depressionssymptom oder „Depressionsabwehr“
 - Depressiver Affekt wird weniger stark gespürt
 - Konzentration auf den Schwindel kann stabilisierend wirken
- Schwindel als Signal
 - Intrapsychisch, z.B. inneres Gefahrensignal, Stress
 - „Mir wird von alledem ganz dumm, als ginge mir ein Mühlrad im Kopf herum“
 - Interpersonell z.B. Wunsch nach Gehaltenwerden

Sowohl organisch als auch psychogen

- Möglicher organischer Kern, zusätzlich psychische Faktoren
- „Psychogener“ folgt „organischem“ Schwindel, z.B.
 - Schwindel nach Kopfverletzung, psychische Probleme bei Unfall-Bewältigung
 - Initial „organische“ Schwindelanfälle bringen das Leben „durcheinander“, Angst vor Kontrollverlust
 - ☞ Auslösung von starken Ängste, Teufelskreis der Angst, Chronifizierung
- ☞ Schwindel als interdisziplinäre Herausforderung
 - „Jedes Schwindelsymptom hat zentral-vestibuläre (Neurologie), peripher-vestibuläre (Otologie) und psychogene (Psychiatrie) Facetten. Die klassische Trennung zwischen neurologischem, otologischem und psychogenem Schwindel ist obsolet.“
Hegemann, Rufer, Straumann (2006)



Rufer (2009)

Günstige Umgangsstrategien, Einstieg in die Psychotherapie

- Psychische Faktoren frühzeitig als denkbare (Mit-) Ursache ansprechen
- Wiederholte somatische Untersuchungen möglichst vermeiden
- Förderung einer aktiven Haltung des Patienten

- Sowohl organisch als auch psychisch
- Schwindel = Angst
- Schwindel als Stresssymptom
- Psychische Belastung durch Schwindel, Abklärungen und Behandlungen

Behandlungsmöglichkeiten

- Selbsthilfe (-Literatur), beratende ärztliche Begleitung
- Psychotherapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, ggf. auch in Gruppen
 - Integration von Ansätzen, die einem somatischen Erklärungsmodell entgegenkommen, z.B.
 - spezifische Schwindel-Physiotherapie
 - Biofeedback
 -
- Zweite Wahl: Psychopharmaka (serotonerge Antidepressiva) z.B. Staab et al. (2002)
 - Zur Rückfallprophylaxe bei Absetzen: Kombination mit verhaltenstherapeutischen Strategien

Besonderheiten der kognitiven Verhaltenstherapie bei Schwindel

- Therapiebeginn
 - Erklärungsmodell
 - „Einsicht“
 - Therapeutische Beziehung
 - Umgang mit evtl. alexithymen Patientenmerkmalen
 - Management der Arbeitsunfähigkeit
- Interventionen
 - Drehstuhlexpositionen
 - Hyperventilation
 - Beachtung des oft somatischen Erklärungsmodells
 - Zusammenarbeit mit Physiotherapie

Therapeutische Beziehung

Beste Massnahme für eine gute therapeutische Beziehung:
Individuelles Erklärungsmodell mit darauf aufbauendem transparenten, ressourcenorientierten Vorgehen

Risiken bei unbedachter „Beziehungsarbeit“

- Bei einem Wechseln des Therapeuten auf die Beziehungsebene fühlen sich die Patienten oft unverstanden
- Unbedachte Beziehungsarbeit zur Förderung von „Einsicht“ oder Verbesserung „geringer Motivation“ ist ein ziemlich sicherer Weg zum Therapieabbruch

Alexithyme Patientenmerkmale

- Schwierigkeiten bei der Affektwahrnehmung und -kommunikation sind mögliche Ursachen für somatische Symptombildung bei psychosozialen Konflikten
- Erschweren das Psychotherapie-Gespräch über Gefühle
 - Der Bezug zu affektiven Komponenten gelingt nicht
 - Ratlosigkeit, hilfloses Schweigen, „Langeweile“
 - Probleme in der therapeutischen Beziehung
 - ↳ Therapiemisserfolg
- ↳ Vorteilhaft ist z.B. ein (initial) eher handlungsorientiertes Vorgehen

Therapeutengeleitete Expositionen =>
Neue emotionale Erfahrungen =>
Änderungen von Bewertungen und Einstellungen =>
Nachhaltiger Therapieerfolg

Therapieinhalte bei Frau A.

- 11 Sitzungen über 7 Monate plus Follow-up
- Symptomtherapie
 - Psychoedukation
 - Selbstbeobachtung (Situation - Körpersymptome – Gefühle – Gedanken – Verhalten)
 - Exposition mit Reaktionsmanagement (Schwerpunkt: Umgang mit Schwindelsymptomen und unangenehmen Gefühlen)
 - Drehstuhl, Hyperventilation
 - Ohne Begleitung aus dem Haus gehen
 - Menschenmengen / Kantine
 - Autofahren
 - Kognitive Arbeit an Grundeinstellungen
 - Perfektionismus, anderen gefallen müssen, ...

Literatur

- S. Hegemann, M. Rufer, D. Straumann (2006) Schwindel und Gleichgewichtsstörungen als interdisziplinäre Herausforderung. *Neurology.ch* 3:1-4
- Kapitel „Fallbeispiel kognitive Verhaltenstherapie: Chronischer Schwindel und Alexithymie“ aus dem Buch von H. Grabe & M. Rufer: *Alexithymie - Eine Störung der Affektregulation*. Huber, erscheint im Juni 2009
- H. Schaaf: *Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen*. Asanger, 2. Auflage 2006
- M. Rufer, H. Alsleben, A. Weiss: *Stärker als die Angst*. Elsevier Urban & Fischer, 2004
- Kapitel „Angstschwindel – Phobischer Attackenschwindel“ aus dem Buch von H. Morschitzky: *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer, 2. Auflage 2006
- H. Alsleben, A. Weiss, M. Rufer: *Psychoedukation Angst- und Panikstörungen*. Elsevier Urban & Fischer, 2004
- *Journal of Anxiety Disorders* (2001) 15:1-146
(Special issue on the interface of balance disorders and anxiety)
- J.P. Staab et al. (2006) Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology. *Current Opinion in Neurology* 19:41-48
