

DIENSTAGMITTAGFORTBILDUNG
der Psychosomatik am Universitätsspital Basel
28. Mai 2013



**Otologisch,
neurologisch,
psychogen?**

**Der
psycho↔somatische
Schwindel**



**UniversitätsSpital
Zürich**

Prof. Dr. med. Michael Rufer
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
michael.rufer@usz.ch

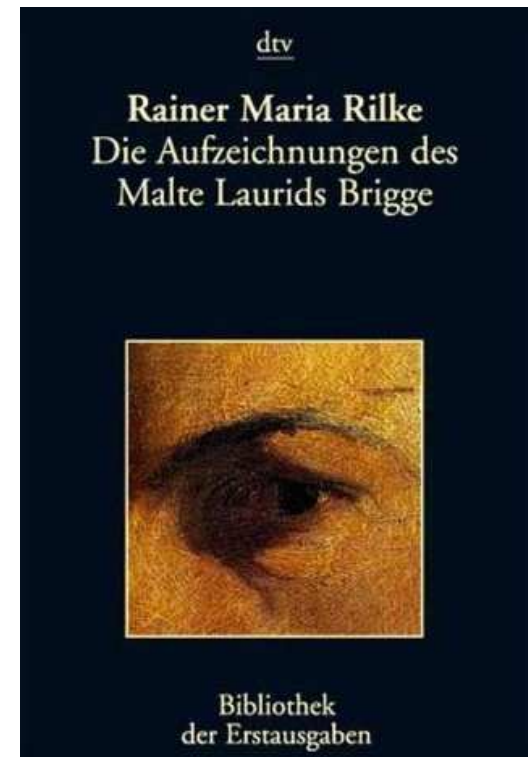
Sie [die Leute in den Strassen] lachten immer mehr und drängten sich immer enger zusammen (...). Vielleicht auch stand alles fest, und es war nur ein Schwindel in mir und in ihnen, der alles zu drehen schien. Ich hatte keine Zeit, darüber nachzudenken, ich war schwer von Schweiss, und es kreiste ein betäubender Schmerz in mir, als ob in meinem Blute etwas grosses mittriebe, das die Adern ausdehnte, wohin es kam. Und dabei fühlte ich, dass die Luft längst zu Ende war und dass ich nur mehr Ausgeatmetes einzog, das meine Lungen stehen liess.

(...)

Es ist ein wenig kalt, denn ich wage es nicht, den Ofen zu versuchen; was, wenn er rauchte und ich müsste wieder hinaus?

(...)

Der Arzt hat mich nicht verstanden. Nichts. Es war ja auch schwer zu erzählen. Man wollte einen Versuch machen mit dem Elektrisieren.



www.verrueckt.de
Café Wahnsinn

hallo,

ich hatte juni 2003 einen unfall - wurde als fussgänger von einem fahrradfahrer umgefahren. mußte zwei tage im krankenhaus verbringen. commotio und hws zerrung stand im krankenhausbericht. bin einen monat krank geschrieben worden, bei arbeitsaufnahme hatte ich mit meinem auto auf freier strecke nach einer schwindelattacke einen unfall. danach ging gar nichts mehr, von einer neurologin wurde eine posttraumatische belastungsstörung diagnostiziert. wieder au geschrieben, wiederholte versuche der arbeitsaufnahme. die haftpflichtversicherung des fahrradfahrers argumentiert, dass der autounfall nicht mit dem unfall vorher zusammenhängt. habe einen anwalt, aber die sache zieht sich ohne ende hin. wer von euch kann mir eventuell hinweise geben, bin für alles dankbar. mfg, andreas

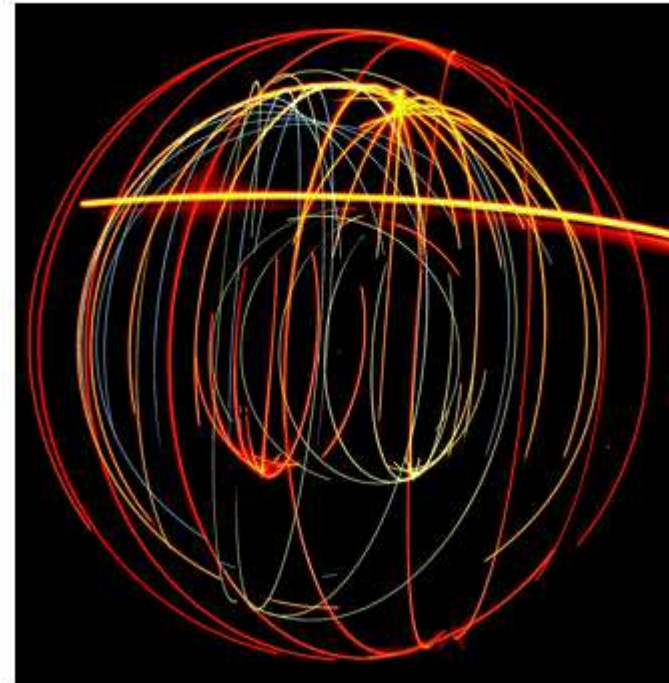


«Jedes Schwindelsymptom hat zentral-vestibuläre (Neurologie), peripher-vestibuläre (Otologie) und psychogene (Psychiatrie) Facetten. Die klassische Trennung zwischen neurologischem, otologischem und psychogenem Schwindel ist obsolet.»

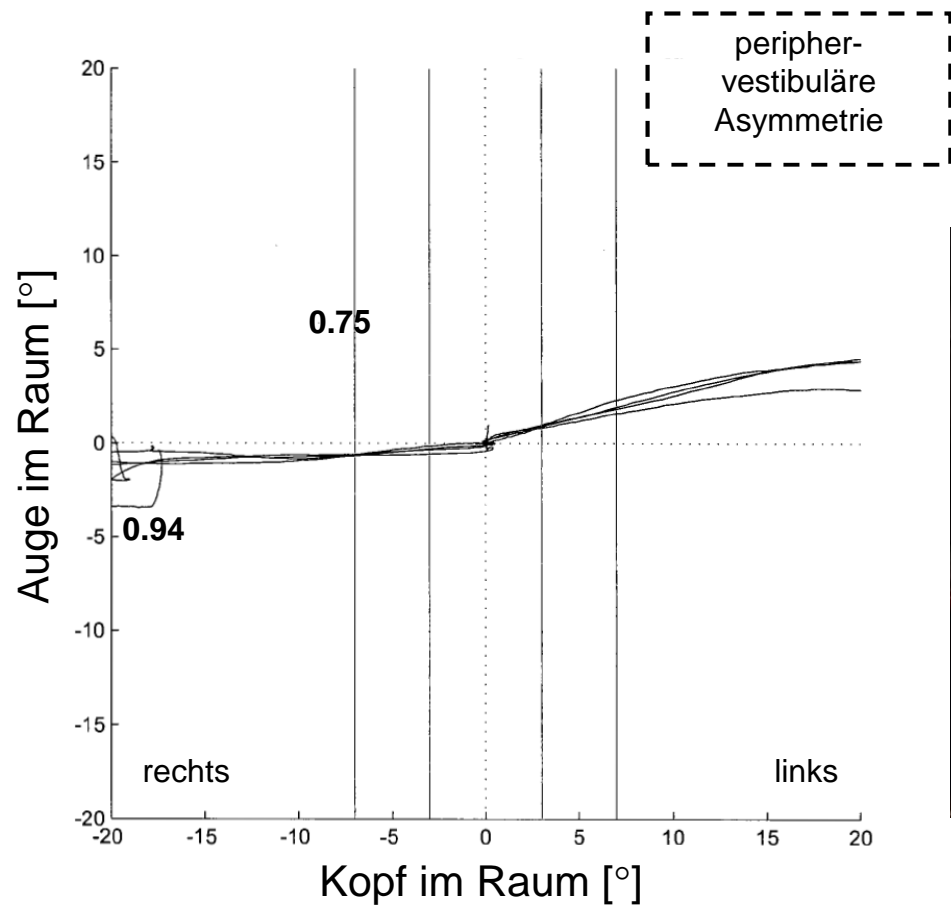
Hegemann, Rufer, Straumann (2006)

http://www.neurology.ch/content_d/IMIMNE63_DT_03.pdf

www.vertigocenter.ch



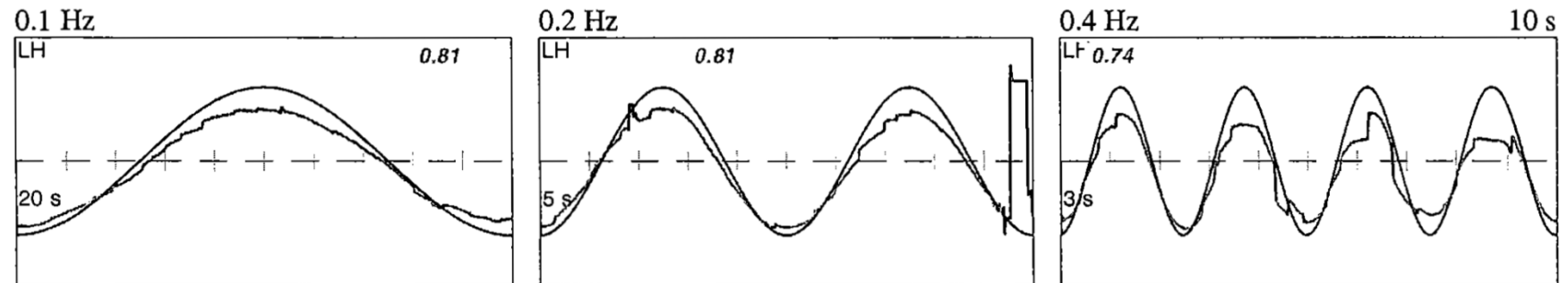
Magnetokulographischer Kopfimpulstest



Folgebewegungen



Pursuit Video



sakkadierte Folgebewegungen
(unspezifisch)

Sakkaden

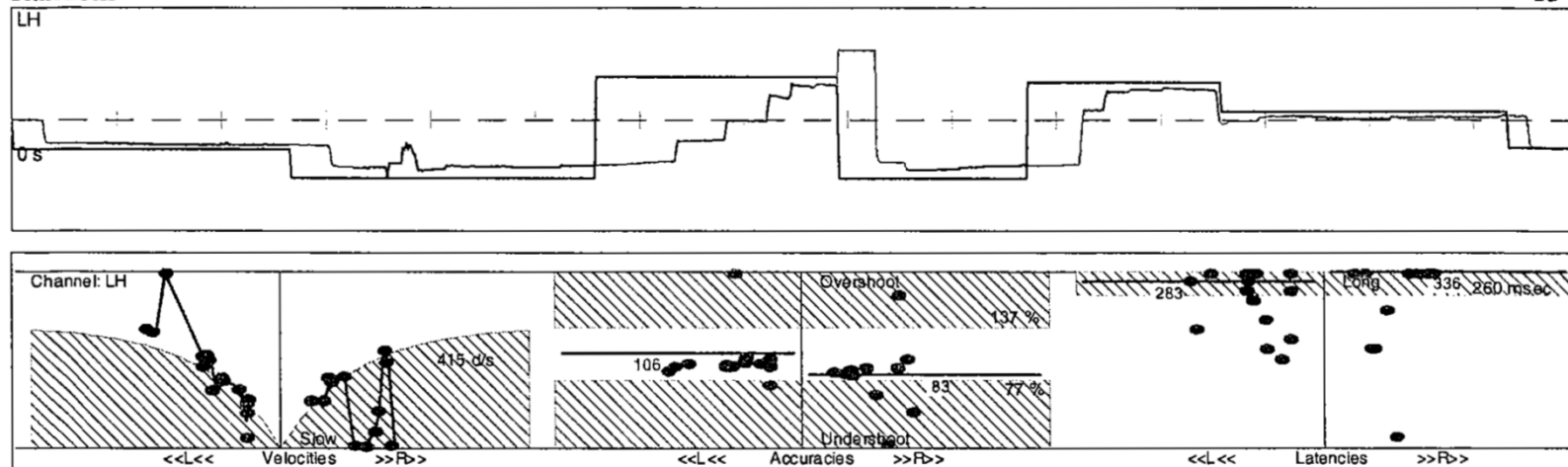


Saccade-Random

Video

Random

15 s



dynamisch normale Sakkaden,
aber nicht zum Zielpunkt
(Kooperation?)

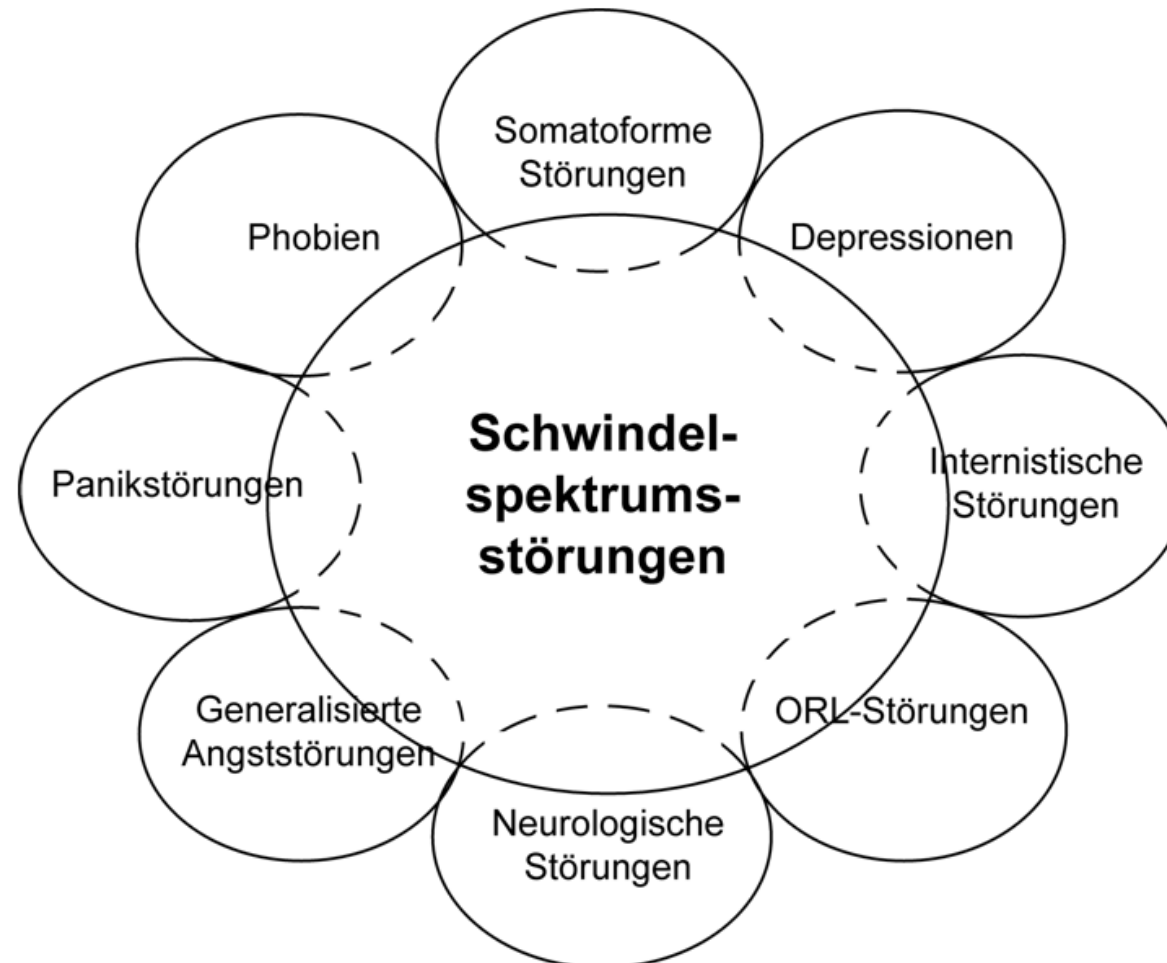


Psychotherapie bei Schwindel: Erklärungsmodell und Fallbeispiel

Michael Rüfer

Department of Psychiatry and Psychotherapy, UniversityHospital Zürich, Switzerland

SCHWEIZER ARCHIV FÜR
NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
2011; 162(8): 318–21



Erklärungsmodelle für psychische Aspekte

Schwindel als Angstäquivalent („Phobischer Attackenschwindel“)

- Schwankschwindel, subjektive Stand-/Gangunsicherheit, oft ausgelöst durch spezifische Situationen mit Vermeidungsverhalten
- Begleitet von Angst / vegetativen Missempfindungen

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











Patienteninformation

Was?

- Sowohl-als-auch Erklärungsmodell
- Schwindel als mögliches Stress- und/oder Angstsymptom
- Psychische Belastung durch Schwindel und erfolglose Suche nach Ursachen





Patienteninformation

Wie?

- Idealer Weise interdisziplinär
- Eher nicht als «Psychiater» sondern vielmehr als «Psychosomatiker» oder auch «Somatopsychiker»
- Ggf. in Gruppen, z.B. Stress- oder Angstbewältigung
→ Motivation zur Teilnahme: Betonung des Seminarcharakters





Patienteninformation

Wann?

- Frühzeitig, idealer Weise noch vor den ersten Abklärungen
- Zu Beginn ausreichend: «Häufig haben solche Erkrankungen auch psychische Ursachen»
- Erleichtert späteres darauf zurück kommen («Wir hatten ja schon vor den Untersuchungen besprochen, dass...»)



Subtypes of panic attacks:

A critical review of the empirical literature

Kircanski, Craske, Epstein & Wittchen (2009) *Depress Anxiety*

Panikattacken-Subtypen

- Vestibulär
- Respiratorisch
- Nächtlich
- Nicht-ängstlich
- Kognitiv



Vestibulärer Subtyp

- Schwindel bei Panikattacken im Vordergrund
- Schwindel oft auch zwischen Panikattacken
- Oft vestibuläre Pathologie bei otoneurologischer Untersuchung
 - Elektronystagmographie, Posturographie, ...
- Im Vergleich zu anderen Subtypen stärkere
 - komorbide depressive Symptome
 - subjektive Angstintensität und Agoraphobie-Ausprägung
 - Gesamtschwere der Panikstörung
 - Einschränkungen in Alltagsfunktionen



„Als Peter Sifneos, Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School, 1970 (...), das Konzept der Alexithymie prägte, war nicht vorauszusehen, dass dieses Konstrukt über den Zeitraum von mehr als 30 Jahren nichts an wissenschaftlicher Aktualität einbüßen würde.“ (Harald J. Freyberger)

„(...) wurde aus einem psychosomatischen ‚Stiefkind‘ [Alexithymie] ein wichtiges Beispiel für zeitgemäßes psychosomatisches Denken.“ (von Rad & Gündel)



UniversitätsSpital
Zürich



Verlag Hans Huber 2009

Schwerpunktheft Alexithymie

- Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Heft 11, 2002
- Psychodynamische Psychotherapie, Heft 8, 2009
- Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Januar 2013

Charakteristische Merkmale der Alexithymie

- Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und von körperlichen Sensationen zu unterscheiden
- Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben
- Extern orientierte Denk- und Sprechweise, wenig Verbindungen zu affektiven Komponenten
(Marty et al. 1963: *pensée opératoire*)
- Mangel an Phantasie und Vorstellungsvermögen



Reduzierte Lebensqualität alexithymer Personen

- In der Allgemeinbevölkerung (Mattila et al. 2009)
- Bei Patienten mit somatischen Erkrankungen (Fukunishi et al. 1990, Verissimo et al. 1998, Valkamo et al. 2001, Moreno-Jimenez et al. 2007)
- Bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung, chronischem Schwindel, Angsterkrankungen (Garcia et al. 2010; von Rimscha et al. in press; Leenen et al., 2013)



Therapiestrategien

Trait Alexithymie / keine hohe Funktionalität

- Das Erlernen («Fertigkeiten-Training») einer besseren Gefühlswahrnehmung, -differenzierung, -kommunikation und -regulation steht oft im Vordergrund

State Alexithymie / deutliche Funktionalität

- Therapieplanung abgestimmt auf die Hintergrundproblematik
- Häufige Strategien
 - Symptomorientiert, entsprechend einer «Emotionsphobie», oder
 - Therapie «an der Alexithymie vorbei»
- Ergänzende Förderung der Emotionsregulation kann sinnvoll sein

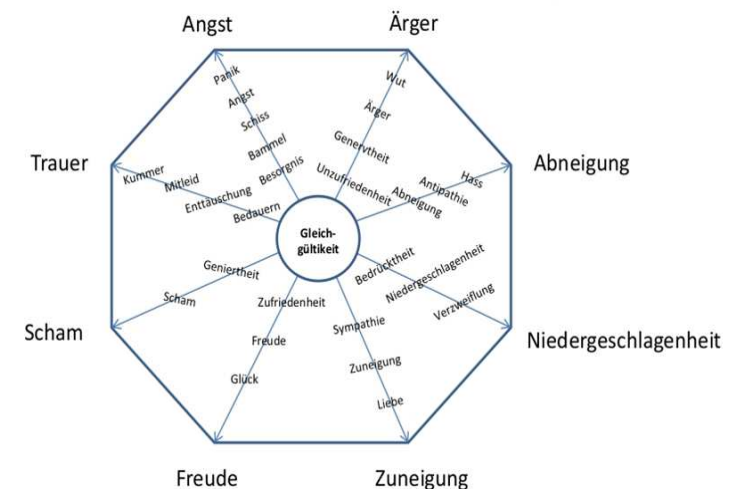
Alexithymie: Was kann ich tun?

10 Ideen, wie Sie zum „Gefühlsforscher“ werden - hierbei kann Ihnen ihre bisherige Unerfahrenheit in Bezug auf Gefühle nützlich sein!



Auf dem „technischen Weltbild“ aufbauen – und es erweitern

- Gezieltes *Üben* des Wahrnehmens, Beschreibens und Differenzierens eigener Gefühle
- Arbeit mit Gefühlsstern, Protokolle, Experimente (Stavemann 2001)
- Training emotionaler Kompetenzen (Berking et al. 2007)
- Gestalttherapeutische Interventionen (Beresnevaite 2000)
- ...



Gefühlsstern, Stavemann 2001

Körper:



Denken:

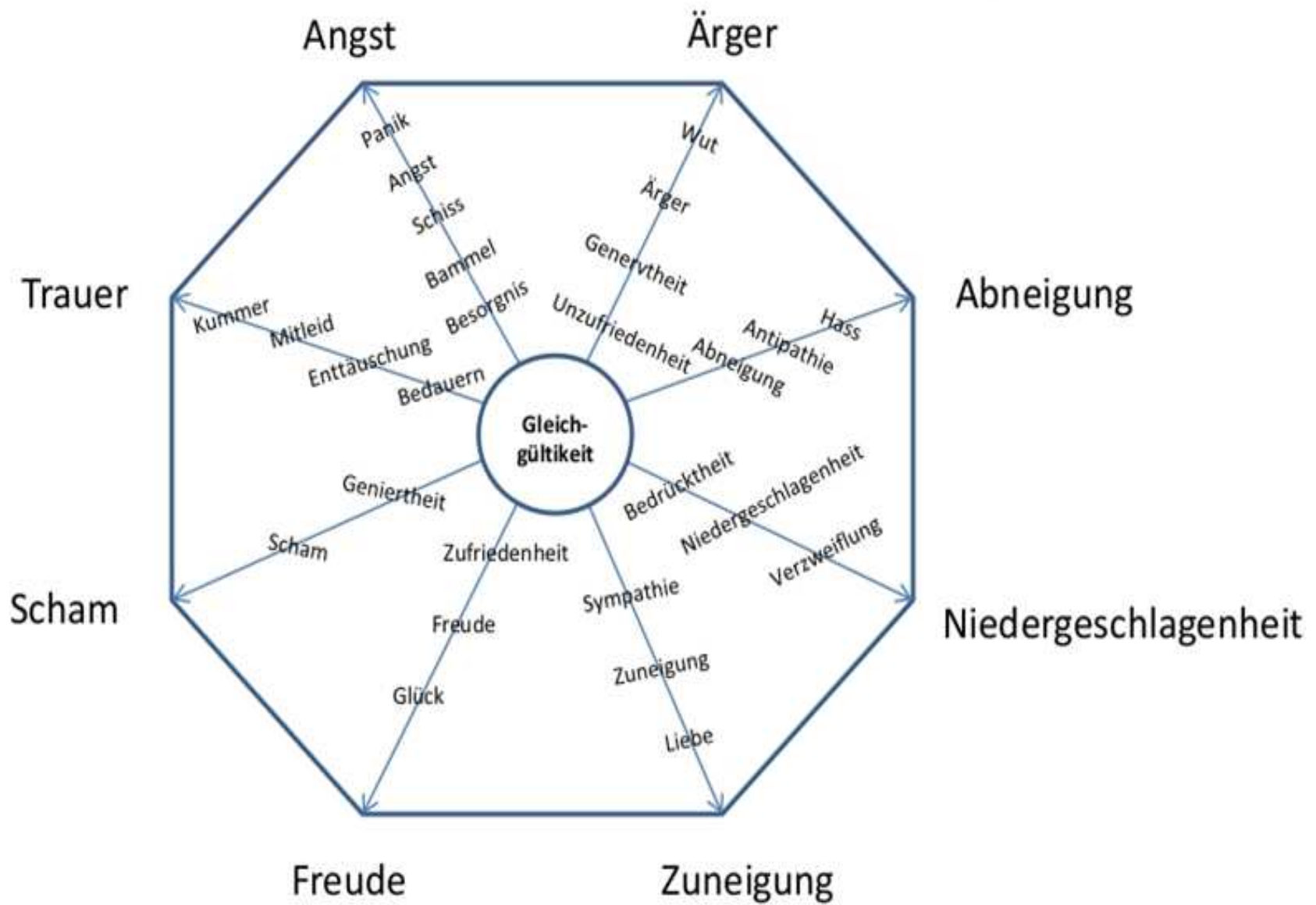


Fühlen:



Verhalten:





Gefühlsstern, Stavemann 2001

Das Umfeld einbeziehen (wenn vorhanden)

«Hallo, mein Freund hat ein Persönlichkeitsproblem, von dem ich nichts wusste. Alexithym bedeutet, dass er "gefühlblind" ist, keine Empathie, er kann Gefühle nicht einordnen, empfindet sie nur körperlich. (...) Man ist zu zweit und doch alleine. (...) Das ist die Vorgeschichte, die jetzt droht, mich krank zu machen. Ich wünschte, ich könnte alle Gefühle von meiner Seite abstreifen, das funktioniert leider nicht. (...) Ist jemand schon einmal in einer ähnlichen Situation gewesen?»

«Ja, ich. Und zwar schon vor einigen Jahren. Wir sind mittlerweile verheiratet. Meine Probleme sind riesig geworden (gehen aber auch darüber hinaus). Er macht mittlerweile eine Therapie, da kommen die Gefühle so nach und nach bzw. differenzieren sich aus der Einheitssoße heraus...»



Fazit -1-

- Die Einordnung von Schwindel als entweder somatisch oder psychisch wird dem komplexen Beschwerdebild nicht gerecht
 - Die Einschätzung als «psychogen» stösst bei Patienten (in dieser Einseitigkeit durchaus zu Recht) oft auf Ablehnung
- Entscheidend ist ein individuelles Erklärungsmodell, welches sowohl psychische als auch somatische Aspekte beinhaltet
 - Initial eher ein «somatopsychisches» als «psychosomatisches» Modell
- Je mehr psychologische Einflussfaktoren im Verlauf deutlich werden, desto stärker verliert die Suche nach der unentdeckten somatischen Erklärung an Bedeutung



Fazit -2-

- Alexithymie: Emotionsregulationsstörung, Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung von psychosomatischen Symptomen
- Psychotherapiepessimismus bei alexithymen Patienten ist nicht gerechtfertigt
- Abstimmung der psychotherapeutischen Vorgehensweise auf Alexithymie-typische Schwierigkeiten
 - Im Fallbeispiel:
 - Gezielte Förderung des Wahrnehmens, Beschreibens und Differenzierens von Gefühlen während der Expositionstherapie
 - Nachfolgend Selbstbeobachtungen und Übungen in alltäglichen Situationen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Fragen
- Ergänzungen
- Korrekturen
- Diskussion

