

MEDICINSKT OFÖRKLARAD YRSEL

Yrsel och ostadighet kan vidmakthållas av psykologiska och sensoriska faktorer i samspel. Yrselbesvären förstärks och ökar av ångest men minskar när ångesten behandlas effektivt.



ANDERS LUNDIN, med dr, överläkare, FoUU-enheten, Psykiatri Nordöst, Danderyds sjukhus, Stockholm
anderslundin1@gmail.com

JOHAN HOLMBERG, leg psykiolog, med dr, Hjärnhälsan i Lund, Hälsomedicinskt center, Balanslab, Universitetssjukhuset i Lund



Hej, Fredrik heter jag och är 26 år. Jag har gått med konstant yrsel i över ett år, och det har bara blivit värre och värre. Har gått till diverse läkare, men alla har sagt att det inte är något fel på mig – till för en vecka sen då det på neurologakuten konstaterades att jag har panikattacker och psykiskt utlöst yrsel. Tyckte detta kändes konstigt då jag inte anser mig vara deprimerad, även om viss stress och tendenser till social fobi finns. Har sökt av hela Internet och hittade en artikel om SSRI som behandling för psykiskt utlöst yrsel. Kan det lösa mitt problem? Jag kan nu inte sköta mina studier (kan tex inte sitta vid datorn) eller över huvud taget leva ett drägligt liv då detta plågar mig enormt mycket. Tycker själv att det känns lite märkligt att äta antidepressiva tabletter då jag inte känner mig deprimerad (möjligen nedstämd ibland). Panikattackerna har dock blivit ett problem på sistone, men frågan är om min kroniska yrsel kan lindras/försvinna. Jag skulle vara enormt tacksam om du kunde ge mig lite 'feedback' bara. Mvh Fredrik.«

Medicinskt oförklarad yrsel – att man vid utredningen inte finner någon tydlig bakomliggande medicinsk orsak till yrselbesvären eller att den påvisade störningen inte står i någon rimlig proportion till symtomets svårighetsgrad eller funktionsnedsättningens omfattning (Fredrik: »alla läkare har sagt att det inte är något fel på mig«) – är ett vanligt kliniskt problem som är frustrerande för både patienter och läkare. Flera olika begrepp används, tex spänningsyrsel, psykogen yrsel, »mal de débarquement«, visuell vertigo, agorafobi, »falling phobia« (»rammelrädsla«) och »space and motion phobia«, för att ringa in aspekter av detta fenomen.

Vi har valt att i detta avsnitt belysa medicinskt oförklarad yrsel och ostadighet från två olika men besläktade utgångspunkter: dels utifrån yrselns association till kliniskt manifesterat ångest, dels utifrån begreppet fobisk postural yrsel där vi vill illustrera hur ostadighet och yrsel kan vidmakthållas av psykologiska och sensoriska faktorer i samspel.

Yrsel och paniksyndrom

Yrsel, hjärtklappning, andnöd och matthetskänsla är vanliga kroppsliga yttringar av ångest, särskilt vid panikattacker. Omvänt är yrsel och ostadighet, oavsett genes, skrämmande upplevelser och ofta förknippade med ett stort mått av oro och ångest. En enstaka attack av yrsel kan väcka stark ångest, vil-

ket i sin tur leder till ökad uppmärksamhet på kroppsliga symptom och en förstärkt upplevelse av yrsel som följd, varefter ångestattacker och yrsel kan fortsätta att jaga på varandra i en ond cirkel. Patienter med panikångest är därför i flera studier överrepresenterade (5–10 gånger jämfört med övriga befolkningen) på mottagningar med inriktning på yrsel och balansstörningar.

Psykologiska orsaker anses dominera hos cirka en fjärdedel av patienterna med yrsel, och av dem har cirka hälften paniksyndrom. Den ursprungliga betydelsen av agorafobi, torgskräck, har speciell bäring på fobisk yrsel, eftersom öppna platser med bristande visuellt stöd eller förvillande sinnesintryck utlöser en starkt obehaglig yrsel hos somliga. Panikattacker har ibland ett inslag av hyperventilering. Detta sensibiliserar den vestibulo-okulära reflexen, vilket påverkar balansen med ytterligare ökad ångest och katastrofierande tolkningar som resultat.

Långvarig subjektiv yrsel

Då serotoninförstärkande läkemedel (SSRI) under de senaste decennierna har blivit ett förstahandsmedel för medicinsk behandling av panikångest har dessa preparat också prövats på patienter med långvarig subjektiv yrsel av skiftande genes, framför allt då ångest haft en framträdande roll i den kliniska bilden.

Patienterna upplever yrsel och ostadighet, och symtomen ökar till panikattacker i miljöer med komplexa visuella stimuli (Fredrik: »kan tex inte sitta vid datorn«). Förekomst av panikattacker i samband med yrsel, fobiskt undvikande av yrselprovocerande situationer eller förväntansångest med inslag av katastroftänkande är indikatorer på associerad ångest. Patienterna fördelar sig enligt olika förloppstyper i tre ungefär lika stora grupper:

- Otogen yrsel: ångesten debuterar efter den vestibulära störningen.
- Psykogen yrsel: paniksyndrom eller generaliserat ångest-

»Den goda effekten på symtomet yrsel hade sin grund i en god effekt på ångest- och depressionssymtomen.«

SAMMANFATTAT

Yrsel och ostadighet kan inte alltid förklaras av en bakomliggande medicinsk eller neurologisk orsak.

Medicinskt oförklarad yrsel och ostadighet är ofta associerad med ångest.

Serotoninförstärkande preparat (SSRI) har god effekt vid ångestassocierad yrsel och ostadighet.

Fobisk postural yrsel (PPV) kännetecknas av ostadighet och yrsel i stående, utan

samtidig vestibulär störning.

Behandling av PPV med kognitiv beteendeterapi förbättrar funktionen och minskar ångest- och depressionssymtom men har begränsad effekt på upplevelsen av yrsel och ostadighet.

Behandlingen av patienter med PPV bör baseras på en kombination av psykologiska, medicinska och sjukgymnastiska insatser.

syndrom med yrsel som framträdande symtom utan att det finns tecken på samtidig vestibulär störning.

- Interaktiv yrsel: patienter med primär ångestsjukdom, som utvecklar kronisk yrsel och ostadighet efter en episod av vestibulär störning.

Behandling med serotoninförstärkande läkemedel

I en studie av 88 vuxna patienter (58 kvinnor, 30 män; medelålder 41 år) undersöktes effekten av SSRI på patienter med långvarig subjektiv yrsel [1]. Effektmåttet innefattade total symtomförändring, dvs såväl yrsel/ostadighet som ångest, och bedömdes efter åtta veckors behandling.

Full symtomremission uppnåddes av 41 procent av patienterna och ytterligare 26 procent förbättrades partiellt (blev »mycket bättre«). Patienterna med interaktiv yrsel hade en svårare och mer kronifierad problematik, och i de fallen var tidsbegränsad läkemedelsbehandling ofta otillräcklig. Resultatet i de andra grupperna måste dock betraktas som sensationellt bra för en vanlig man för patienten plågsam och funktionsinskränkande åkomma (Fredrik: »jag kan nu inte sköta mina studier eller över huvud taget leva ett drägligt liv då detta plågar mig enormt mycket«) där läkare tidigare haft väldigt lite att erbjuda i behandlingsväg. Avsaknad av kontrollgrupp och bristande långtidsuppföljning är brister i studien, som dock uppmuntrar till uppföljande studier med vetenskapligt mer robust design.

Lika goda resultat uppnåddes i en öppen studie av effekten av fluvoxamin (Fevarin), ett SSRI-preparat, på yrsel [2]. Effekten var bäst i den grupp som hade hög självskattad ångest och depression i HADS (Hospital anxiety and depression scale), ett enkelt screeningtest för ångest- och depressionssymtom [3]. Den goda effekten på symtomet yrsel hade sin grund i en god effekt på ångest- och depressionssymtomen.

Vem har nytta av läkemedel? Några knep

Hur identifierar man de patienter som har nytta av läkemedelsbehandling? Och hur ska man få en patient som söker för ett »kroppsligt« symtom att acceptera behandling med psyko-farmaka (Fredrik: »jag tycker själv att det känns lite märkligt att äta antidepressiva tabletter då jag inte känner mig deprimerad«)? Även då organiska orsaker uteslutits känner sig många läkare obekväma med att psykologisera kring patientens besvär, och omvänt har många patienter svårt att anamma en psykologisk förklaringsmodell (Fredrik: »tyckte detta kändes konstigt då jag inte anser mig vara deprimerad«). Några knep kan göra det enklare.

- Låt alla patienter redan i väntrummet fylla i HADS. Det tar sedan högst två minuter av konsultationstiden att läsa igenom svaren. Det ger ett grovt mått på om det finns betydande psykologiska komponenter, och det ger en bra utgångspunkt för samtal kring de besvär som patienten angett.
- Ta en noggrann anamnes och var lyhörd för ledtrådar om andra symtom – hjärtklappning, andnöd, matthetskänsla i benen – som kan vara uttryck för ångest. Använd frågor som: »Vilka andra symtom har du? Vad tänker du när yrseln kommer? Hur var det när det var som allra värst? Är du orolig att yrseln ska komma i vissa situationer? Vad är det värsta som kan hända om du skulle få en yrselattack?«
- Utgå från att symtomen har både somatiska och psykologiska drivkrafter. Undvik att hamna i diskussionen »antingen somatiskt eller psykiskt«.
- Förklara att även rädslan för nya yrselattacker kan bidra till ökad yrsel och att rädslan kan behandlas med läkemedel, om du bedömer att det är indicerat. Använd uttrycket »serotoninförstärkande läkemedel« och undvik beteckningen

FAKTA 1. Fobisk postural yrsel – kriterier

- Yrsel av ostadighetskaraktär i stående och gående, utan fall eller andra kliniska tecken på försämrad balans.
- Sekund- till minutlånga attacker av ostadighet och/eller yrsel.
- Specifika utlösande stimuli som individen undviker.
- Ångest eller vegetativa symtom vid yrselattacker.
- Tvångsmässiga personlighetsdrag, dvs en tendens att lägga överdrivet stor vikt vid ordning och kontroll.
- Debut efter vestibulär störning, fall, emotionell stress eller annan somatisk sjukdom.

»antidepressiva« eftersom den är missvisande, kan stöta bort vissa patienter och bara avspeglar det historiska faktum att depression var det första tillstånd där man fick indikation för behandling med SSRI.

Behandlingen ska följas upp

Behandlingen ska följas upp! Det räcker inte att bara sätta in läkemedel och hålla tummarna för att patienten ska tillfriskna. Under upptrappningen av läkemedlet är det bra med ett eller två korta uppföljande telefonsamtal för att se att behandlingen löper som planerat och för att stödja patienten att stå ut med de initiala biverkningarna. Först efter fyra veckor är det i regel meningsfullt med ett återbesök för utvärdering av effekten. Man ska då aktivt efterfråga kvarstående symtom och fortsätta titrera upp dosen med målsättningen att uppnå symtomfrihet.

Även om målet är symtomfrihet utgörs behandlingseffekten i regel av en kombination av minskade symtom och ökad tolerans (acceptans) för symtom. När patienten mår bättre ska man uppmuntra beteendeförändringar, dvs att patienten börjar exponera sig för de situationer som tidigare undvikits på grund av rädsla för nya yrselattacker. Målet är att patienten ska återta den funktion han/hon hade innan yrseln uppträdde. När man lyckats med det fortsätter man behandlingen ytterligare minst 6–12 månader. Utsättning av läkemedlet provas sedan i ett skede när större förändringar eller påfrestningar inte är att vänta i patientens liv.

Medicinering bör kombineras med stöd och psykologisk behandling. Patienten får då lära sig att känna igen yrsel- och ångestutlösande stimuli och de tankar och undvikande beteenden som följer. Genom att söka upp och exponera sig för de situationer, platser och aktiviteter som utlöser symtomen sker en habituering, tillvänjning, till ångestreaktionerna och patienten kan då också börja problematisera sina tolkningar av symtomen.

Fobisk postural yrsel (PPV)

I Sverige har begreppet spänningsyrsel ofta använts för att beskriva sambandet mellan psykologiska faktorer, muskulära problem och yrsel. Muskulär spänning som orsak till yrsel är ifrågasatt, och det finns ingen forskning knuten till begreppet spänningsyrsel. Begreppet fobisk postural yrsel (PPV – phobic postural vertigo) tycks beskriva samma patientgrupp och har fått större vetenskaplig förankring under de senaste tio åren [4]. PPV karakteriseras av yrsel eller obalans i stående utan samtidig vestibulär störning (Fakta 1). Däremot har många patienters problem debuterat efter en övergående vestibulär störning, som vestibularisneurit eller godartad lägesyrsel. En period av känslomässig påfrestning föregår ofta debuten, men problemen kan bli långvariga även om belastning-

en minskar eller om den vestibulära störningen läker ut. Symtomen provoceras oftast av specifika platser eller situationer. Kvinnor och män drabbas i lika stor omfattning, och det är ett vanligt tillstånd bland patienter som remitteras till en balansmottagning.

Avvikande postural kontroll vid PPV

En rad experimentella undersökningar har visat att patienter med PPV har ett avvikande sätt att stå. Genom att mäta kraften från fotsulorna i stående med posturografi har man visat att patienterna, jämfört med friska, använder mer muskulär energi i sitt stående och har ett mer högfrekvent kroppssvaj. Under ett svårare balanstest och om man tillför ett hot mot balansen försvinner dock dessa skillnader gentemot friska. Patienterna använder alltså ett sätt att stå som friska bara gör när balansen är hotad. Vibrationsstimulering av vadmusklerna påverkar kroppssvajet mer hos dessa patienter än hos friska, vilket kan vara uttryck för att patienter med PPV har ett mer sensitiserat muskelsinne än friska [5].

I en kontrollerad studie undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på en grupp patienter med PPV [6]. De kliniska erfarenheterna från denna studie bekräftar det som framkommit i de experimentella undersökningarna. Typsituationen som provocerade yrsel var varuhusköer, och den utlösande faktorn var det yttre sammanhanget: många människor och svårighet att lämna platsen, som vid agorafobi. Patienterna blev vaksamma på hur de stod, och de misstolkade det egna kroppssvajet som ett tecken på obalans. Ju fler människor det fanns, desto mer upplevdes det egna kroppssvajet som hotfullt. Detta sätt att tolka normala signaler från kroppen som hotfulla tycks vara samma mekanism som när människor med paniksyndrom tolkar hjärtklappning som ett tecken på hjärtsjukdom och hotande död. Dessa observationer skulle kunna förklara resultaten vid posturografi. Vaksamheten på balansen kan göra att patienterna inskränker sitt kroppssvaj för att minska upplevelsen av hot, och det är möjligt att detta på sikt leder till förhöjd muskelspänning, uttröttade muskler, proprioceptiv sensitisering och i slutänden ökad yrsel och ostadighet.

Behandling vid PPV

Behandlingen i studien utvecklades utifrån den ovan beskrivna förklaringsmodellen. När patienterna spände musklerna i benen eller nacken provocerades yrsel hos många, och denna manöver användes därför i behandlingen för att demonstrera hur den första upplevelsen av ökad postural kontroll i stället efter hand ökade yrseln och bidrog till att upprätthålla känslan av obalans. Patienterna fick också fråga andra hur de uppfattade hans eller hennes sätt att stå och fick då ofta höra att det såg ut som om de hade bra balans. Patienterna instruerades då att i stället slappna av i benmuskulerna, och de fick öva sig i att tillåta ett större kroppssvaj i stående. Därefter uppsöktes situationer som provocerade yrsel och ostadighet, som

»Ju fler människor det fanns, desto mer upplevdes det egna kroppssvajet som hotfullt.«

varuhusköer och öppna platser, utifrån en modell för exponeringsbehandling.

Denna behandling hade en signifikant effekt på funktionen och minskade ångest- och depressionssymtomen. Behandlingen hade dock begränsad effekt på upplevelsen av obalans och yrsel. Patienterna började alltså göra saker trots att de hade kvar symtomen. Vid ettårsuppföljningen hade emellertid resultaten återgått till samma nivåer som före behandlingen [7]. Svår agorafobi predicerade dåligt behandlingsutfall – PPV tycks vara ett svårbehandlat tillstånd.

Teammodell för omhändertagande

Den modell som beskrivs ovan kan ligga till grund för vidareutveckling av riktade behandlingsinsatser. Behandlingen utvecklades under studiens gång, och undersökningen kan ses som en pilotstudie av omhändertagandet av patienter med långvarig yrsel, men metoderna behöver utvecklas och utvärderas. Sannolikt behöver dessa patienter långsiktig uppföljning för att kunna bibehålla de uppnådda beteendeförändringarna. Muskulära faktorer tycks bidra till att symtomen upprätthålls, vilket gör att patienterna lätt återfaller till tidigare undvikandebeteenden. Omhändertagandet av denna patientgrupp bör därför baseras på en kombination av psykologiska, medicinska och sjukgymnastiska insatser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anders Lundin har gjort konsultuppdrag åt Eli-Lilly, Boehringer-Ingelheim, Pfizer, AstraZeneca och GlaxoSmithKline.*

REFERENSER

1. Staab JP, Ruckenstein MJ, Solomon D, Shepard NT. Serotonin reuptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128(5):554-69.
2. Horii A, Uno A, Kitahara T, Mitani K, Masumura C, Kizawa K, et al. Effects of fluvoxamine on anxiety, depression, and subjective handicaps of chronic dizziness patients with or without neuro-otologic diseases. *J Vestib Res.* 2007;17(1):1-8.
3. Zygmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand* 1983;67:361-70.
4. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology.* 1996;46(6):1515-9.
5. Holmberg J, Karlberg J, Harlacher U, Rivano-Fischer M, Magnusson M. Treatment of phobic postural vertigo: cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. *J Neurol.* 2006;253(4):500-6.
6. Holmberg J, Karlberg M, Fransson PA, Magnusson M. Phobic postural vertigo: body sway during vibratory proprioceptive stimulation. *Neuroreport.* 2003;14(7):1007-11.
7. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Magnusson M. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neurol.* 2007;254(9):1189-92.

Dela med dig av dina erfarenheter
Kommentera artiklarna i Läkartidningen
direkt på lakartidningen.se

Utmanande saklig
Läkartidningen