

Psychosomatischer Schwindel

von H. Schaaf



Bei mindestens 30 bis 50 % der an Schwindel Leidenden besteht eine psychogene Mitbeteiligung. Schwindelsymptome können zum Beispiel im Rahmen von Angststörungen, Panikstörungen, phobischen Störungen oder Depressionserkrankungen auftreten. Die Qualität des Schwindels orientiert sich dabei häufig an einem zuvor erlebten Schwindel. Bei der Therapie stehen an erster Stelle eine gute entängstigende Aufklärung sowie Maßnahmen, die das Vermeidungsverhalten angehen.

Das Gleichgewicht zu halten, kann ein schwieriges Unterfangen sein. Dabei ist das erlebte Gleichgewicht keineswegs selbstverständlich, sondern eine Leistung des Gehirns, das dazu verschiedene afferente Sinne nutzt, vor allem das vestibuläre, das somatosensorische und das visuelle System. Im engen Wechselspiel von Sensorik und Motorik bewertet das Gehirn beständig Eigen- und Umweltbewegungen und erzeugt dabei eine innere – stets subjektive – Repräsentation (oder gar Illusion) vom stabilen Ich in der Welt [12]. Dazu bedarf es suffizienter vestibulookulärer Reflexe (VORs) und suffizienter Augenfolgebewegungen, aber auch des Gefühls von Haltung und Raum sowie der – in der Regel unhinterfragten – Zuversicht, sich in der Welt sicher verankert zu fühlen.

Umso drastischer wirkt sich der meist unerwartete Verlust des Gleichgewichts aus, sei es aus organischen oder psychischen Gründen. Der dabei erlebte Schwindel enthält immer eine somatische und eine psychische Erlebnisdimension, ist also immer „psychosomatisch“, wenn auch sicher in unterschiedlichster Gewichtung.

Unter einem psychosomatischen Schwindel im engeren Sinne kann man mit Lamparter [11] Phänomene zusammenfassen, bei denen das Symptom Schwindel in seiner unmittelbaren pathophysiologischen Fundierung zwar organisch bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren bei der Entstehung, Verschlimmerung oder Aufrechterhaltung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes in erheblicher Weise wirksam werden.

Gesichert scheint, dass gut 30 % aller Schwin-

Wahrnehmungen, die durch den vestibulären Apparat vermittelt werden, bilden – nicht hinterfragt – den Hintergrund jeglicher Erfahrung.

Paul Schilder, 1942

delerkrankungen psychogen zu verstehen sind. Zumindestens eine relevante psychogene Mitbeteiligung weisen 30 % bis 50 % der Schwindelpatienten auf [6, 9, 22].

Patienten mit psychogen verursachtem Schwindel sind meist stärker beeinträchtigt als Patienten mit organischem Schwindel [5, 22]. Aber auch bei einer primär organischen Erkrankung entscheidet der sich oft entwickelnde reaktive psychogene Schwindelanteil über den weiteren Verlauf bis hin zu Fragen der partiellen oder kompletten Berufsunfähigkeit [6, 16].

So spielen bei vielen organischen Erkrankungen, die zu „Schwindel“ führen, psychische Faktoren eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung der Schwindel-Erkrankung. Aber auch für die Wiederherstellung des Gleichgewichtes sind organische Faktoren der Habituation ebenso relevant wie psychische Faktoren der Zuversicht, des Trauens und des Vertrauens und beispielsweise des Angehens statt des Vermeidens.

Die Qualität des erlebten (psychogenen) Schwindels orientiert sich an dem des davor Erlebten.

Wie kann – auch psychosomatischer – Schwindel entstehen?

Schwindel kann ausgelöst werden, wenn eine der am Gleichgewichtssystem beteiligten Komponenten erkrankt und/oder gestört wird oder wenn es „Missverständnisse“ („Kollisionen“) der verschiedenen Komponenten untereinander gibt. Die wohl häufigste – und gleichzeitig die am häufigsten fehldiagnostizierte – Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans stellt der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel dar. Wird er erkannt, kann er meist innerhalb von 10 bis 20 Minuten durch gezielte Lagerungsmanöver, manchmal sogar schon durch die Anleitungen dazu [13] beseitigt werden. Sehr viel schwieriger ist dies leider bei den ebenfalls häufigen chronischen Schäden durch Alkohol.

Der psychogene Schwindel

Der psychogene Schwindel spielt sich ätiologisch und im Erleben und Erleiden überwiegend auf der Empfindungsebene in der emotionalen Welt des betroffenen Patienten ab. Der Schwindelzustand kann in folgenden Fällen entstehen

- bei Affekten, die für das Individuum unbegreiflich, „verwirrend“ sind
- aufgrund von äußeren oder inneren Wahrnehmungen, die Angst auslösen, bzw.
- durch funktionelle zentrale Verrechnungsstörungen, die durch Angst bedingt werden.

Er kann ebenfalls – auch ohne organische Schädigung – durch ein Verarbeitungsproblem entstehen [1]. Ein solches kann auftreten, wenn Sinnesreize und Erwartungsmuster nicht oder nicht mehr übereinstimmen. Dann wird die Bewegung unter Verlust der Raumkonstanz wahrgenommen. In jedem Fall „muss“ sich das Psychische körperlich ausdrücken, in der Regel drücken sich die Angstempfindungen in vegetativen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Mundtrockenheit, Herzrasen, Engegefühl, Atemnot und Leeregefühl im Kopf aus. Diese Symptome werden vom Patienten bewusst erlebt und in der Anamnese geschildert. Häufig schildern die Patienten Schwank- oder diffusen Schwindel (Benommenheitsgefühl, Leeregefühl im Kopf, Unsicherheit beim Gehen, Gefühl zu kippen).



Abbildung 1: „Kopflös“. Bild von Jana Holtmann, Berlin

Besteht schon eine „präformierte Schwachstelle“, wie etwa nach einem Gleichgewichtsausfall, so kann ein psychogenes Geschehen dort auf einen „schon bekannten“ Wirkmechanismus treffen und eine „entsprechende“ Symptomatik auslösen, obwohl die eigentliche Ursache zentraler zu suchen ist. Dabei orientiert sich die Qualität des Schwindels am vorher erlebten Modell, das beim Patienten selbst stattgefunden haben oder bei anderen beobachtet worden sein kann. Prinzipiell können so alle Schwindelqualitäten, z.B. ein Drehschwindel mit subjektiver Fallneigung, angenommen werden.

Die Begleiterscheinungen sind in aller Regel durch die psychische Erkrankung geformt, so dass für die Diagnostik und vor allem für die Therapie eine genaue Kenntnis der Psychopathologie notwendig ist. Wesentlich für das Verständnis sind daher die vorangegangenen Erkrankungen, die Biographie und die bis dahin entwickelte Persönlichkeitsstruktur. Wichtig zu wissen ist, dass die psychogenen Schwindelempfindungen für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet sind.

Im Folgenden werden beispielhaft einige Krankheitsbilder vorgestellt.

Schwindel bei einer Angststörung

Bei der Angststörung können sowohl Schwindelanfälle als auch Dauerschwindel auftreten. Der Dauerschwindel kann an Intensität zu- und abnehmen. Neben den Schwindelsymptomen klagen die Patienten über eine ständige innere Anspannung und Nervosität, eine anhaltende frei flottierende Angst, über Zukunftsängste, psychomotorische Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen. Konkret werden oft Ängste benannt, dass dem Patienten – durch den Schwindel oder „im Schwindel“ – etwas passieren könnte. Hinzu kommen oft weitere unheilvolle Vorahnungen.

Wenn diese für den Patienten unvorhersehbaren (Schwindel-)Anfälle wiederholt auftreten und das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit verfestigen, kann es im weiteren Verlauf zu einer Erwartungsangst und damit zu einem phobischen Vermeidungsverhalten bis zum totalen sozialen Rückzug kommen.

Ob der Schwindel – wie von Freud schon 1895 beschrieben – als körperlicher Ausdruck eines unerträglichen und nicht zu bewältigenden seelischen Konfliktes zu sehen ist oder eher als funktionelle Störung im Sinne einer unspezifischen körperlichen Reaktion auf psychosoziale Belastungssituationen, ist eine häufig diskutierte Grundsatzfrage sich inzwischen ergänzender psychosomatischer Denkweisen [15].

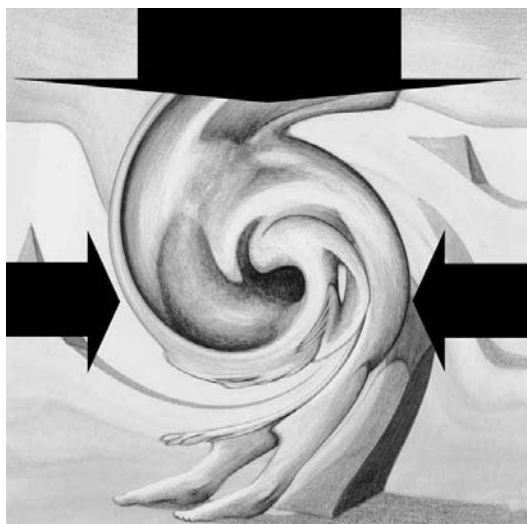


Abbildung 2: Schwindel kann auftreten, wenn zwei gleich starke Impulse bewusst nicht steuerbar sind.

Aus tiefenpsychologischer Sicht kann es zu einer Somatisierung von Affekten kommen, wenn die inneren, bedrohlich erlebten Affekte abgewehrt werden müssen. Das körperlich erscheinende Symptom ersetzt den Affekt im Sinne eines „Affektäquivalents“. Der Schwindel dient dann zur Abwehr eines quälenden Affektes, d.h. starke Angst- oder Schuldgefühle werden durch Schwindelgefühle ausgedrückt. So ist für das bewusste Erleben der psychische Zusammenhang zwischen dem Schwindelgefühl und dem affektverursachenden Auslöser, etwa einem Konflikt, nicht mehr wahrnehmbar. Dies kann – kurzfristig – im Sinne eines primären Krankheitsgewinns zur Entlastung führen.

Es handelt sich hier allerdings – wie bei Neurosen – generell um einen „suboptimalen“ Stabilisationsversuch, weil die gewonnene „Entlastung“ mit teilweise doch erheblichen Einschränkungen der beruflichen und Alltagsaktivitäten einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert es reale Wege aus dem Dilemma.

Aufrechterhaltend für den Schwindel – oft auch noch unabhängig von möglichen Konflikten – sind meist ungünstige und oft auch unbewusste Lernvorgänge, die lerntheoretisch gut erklärt und häufig auch bearbeitet werden können. Dies verfestigt sich ungünstig, wenn der Schwindel mit sekundärem Krankheitsgewinn verstärkt wird, erst recht wenn sich der Patient – „legitimiert“ durch die „organische“ Erkrankung – regressiven Bedürfnissen und Versorgungswünschen hingeben kann.

Panikstörung ohne/mit Agoraphobie

Bei Schwindelanfällen als Ausdruck oder im Rahmen einer Panikattacke kommt es meist zu plötzlich, „wie aus heiterem Himmel“ auftretenden, wenige Minuten bis Stunden anhaltenden Schwindelsensationen. Diese können von vegetativen Symptomen, wie Herzklopfen, Schweißausbruch, Luftnot bis Erstickungsgefühl, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Brechreiz, Durchfall und Depersonalisationssymptomen begleitet sein. Diese Symptome können wiederum hypochondrisch mit der Befürchtung, an einem Schlaganfall oder Herzinfarkt zu leiden, verarbeitet werden. Die dabei empfundenen (Todes-)Angst-

Schwindelanfälle im Rahmen einer Panikstörung können auch in der Nacht auftreten und mit Herzinfarkten oder M. Menière verwechselt werden.

Hauptmerkmale einer „Sozialen Phobie“ sind ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen. Sehr oft wird statt der Angst „Schwindel“ wahrgenommen.

und Panikgefühle werden als Auswirkung des Schwindels erlebt. In der Folge werden häufig die Orte gemieden, an denen es zum Auftreten eines „Anfalls“ kam.

Schwindelanfälle im Rahmen einer Panikstörung können in schwersten Fällen mehrmals täglich – auch in der Nacht auftreten und werden dann z. B. mit Menière-Anfällen verwechselt, was die Angst in der Regel vergrößert. In der Nacht haben die Patienten subjektiv das Gefühl, vom Schwindel wach zu werden. Sie können dann oft längere Zeit nicht mehr schlafen, obwohl nach den Anfällen oft ein Erschöpfungsgefühl auftritt. Häufig nehmen diese Patienten wiederholt medizinische Notdienste in Anspruch, die typischerweise nichts finden und sie meist deswegen oder „zur Abklärung“ von Schlimmerem ebenso notfallmäßig ins Krankenhaus einweisen. Oft wird erst im Verlauf einer Psychotherapie verständlich, welche Prozesse die Symptomatik auslösen.

Schwindel als Ausdruck einer phobischen Störung

Die häufigsten phobischen Störungen, die psychogenen Schwindelerkrankungen zugrunde liegen, sind die Agoraphobie und die Soziophobie [4]. Bei einer klassischen Phobie steht die Angst im Vordergrund, in bestimmten Situationen zu versagen, Panik zu entwickeln und in eine Situation von Ohnmacht und Hilflosigkeit einschließlich Peinlichkeit und Scham zu geraten.

Beim Schwindel im Rahmen einer Phobie ersetzt der Schwindel die Angst, bzw. die dem Patienten deutlich werdende Angst wird auf den Schwindel bezogen: Der Patient fürchtet, es könnte ein Schwindelanfall auftreten, der es ihm unmöglich macht sich fortzubewegen, oder man könnte von ihm denken, er sei betrunken.

Erst in der genaueren Exploration kann erarbeitet werden, dass der Schwindel gehäuft in entsprechenden Situationen auftritt, z. B. Einkaufen im Supermarkt, Warteschlangen, Autofahren, Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel oder in sozialen Situationen, in denen der Patient sich einer zwischenmenschlichen Bewertung ausgesetzt fühlt.

Hauptmerkmal der „Sozialen Phobie“ ist eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen

oder Leistungssituationen. Es werden vor allen Dingen die Aufmerksamkeit und die kritische Beobachtung anderer Menschen situativ gefürchtet. Die Angst vor Beschämung spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Die an ein Objekt oder an eine Situation gebundene Furcht ist das Leitsymptom dieser Phobie. Die Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen ruft eine unmittelbare Angstreaktion hervor und kann eine situationsbegünstigte Panikattacke auslösen. Fast immer werden dabei Angstsymptome wie Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten von der Person wahrgenommen. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten hat deutlich die normale Lebensführung beeinträchtigt. Das oft ausgeprägte Vermeidungsverhalten wird subjektiv nicht als solches empfunden, sondern als Folge der Schwindelerkrankung (ein ausführliches Beispiel s. [18, 19]).

Schwindel im Rahmen von Depressionserkrankungen

Depressive Störungen liegen 6 % [9] bis zu 62 % [8] der Schwindelbeschwerden zugrunde. Dabei können die Schwindelbeschwerden zum führenden Symptom werden, das dann anstelle der – oft nicht wahrgenommenen oder nicht eingestandenen – Depression im Vordergrund steht, etwa nach Trennungen und Verlusten.

Der Schwindel als Ausdruck einer depressiven Störung tritt meist als Dauerschwindel oder diffuser Schwindel auf, z. B. „als ginge ein Mühlrad im Kopf herum“. Ebenso wie bei den Angst- und phobischen Störungen werden alle weiteren Symptome als Folge des Schwindels interpretiert. Deutlich werden teilweise Tagesschwankungen („Abends geht der Schwindel zurück“) und die entsprechende vegetative Symptomatik, ebenso wie sozialer Rückzug, Zukunftsängste und nihilistische Gedanken bis hin zu Befürchtungen, wie: „Wenn der Schwindel nicht weggeht, kann ich nicht mehr leben!“

Insbesondere bei älteren Patienten wird der psychogene Charakter der Schwindelerkrankungen bei zugrunde liegender Depression oft nicht diagnostiziert. Dies liegt sicher auch daran, dass zunächst eher eine vaskuläre Erkrankung oder ein demenzieller Prozess angenommen wird, ehe

Der reaktive psychogene Schwindel

Bei den Patienten des HNO-Arztet treten – altersunabhängig – psychogene Schwindelformen oft reaktiv nach oder bei organischen Erkrankungen wie Vestibulopathien, nach Kopfverletzungen und anderen, mit Instabilität einhergehenden Erkrankungen auf. Dann findet sich zwar ein organisch „fassbarer“ Befund, dieser erklärt aber das Ausmaß und die Ausprägung der empfundenen Schwindelzustände zumindest nicht allein. Die Patienten schildern dies z. B. wie folgt: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, man hätte ein dröhnendes Gefühl und oft sehr viel Angst – oft über ganze Tage. Prinzipiell können aber alle Schwindelqualitäten, d. h. auch ein Drehschwindel mit subjektiver Fallneigung, psychisch bedingt sein.

Wie kann sich aus einer organischen Schwindelerkrankung ein psychogener Schwindel entwickeln?

Ein großer Teil der Entstehung und insbesondere der Aufrechterhaltung der reaktiven psychogenen Schwindelproblematik ist durch Mechanismen der klassischen und der operanten Konditionierung im Sinne der Lerntheorie gut erklärbar. In seinem klassischen Experiment bewirkte Pawlow bei seinen Hunden, dass diese auf eine Glocke wie auf einen Futterreiz reagierten. Ähnliches gilt auch beispielsweise für das

Bei älteren Patienten wird der psychogene Charakter der Schwindelerkrankungen bei zugrunde liegender Depression oft verkannt.



Abbildung 3: Depressionsschwarzer Schwindel

eine sorgfältige psychosomatische Diagnostik erfolgt. Dennoch kann älteren Patienten, die oft „Abgründe“ erlebt haben und sie in neuer Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit oder der Angst davor erneut und reaktiviert erleben, durch eine psychotherapeutischen Behandlung meist geholfen werden.

Weitere hier nicht besprochene psychogene Schwindelformen finden sich etwa im Rahmen somatoformer, hypochondrischer und dissoziativer Erkrankungen (s. ausführlich: [18, 19]).

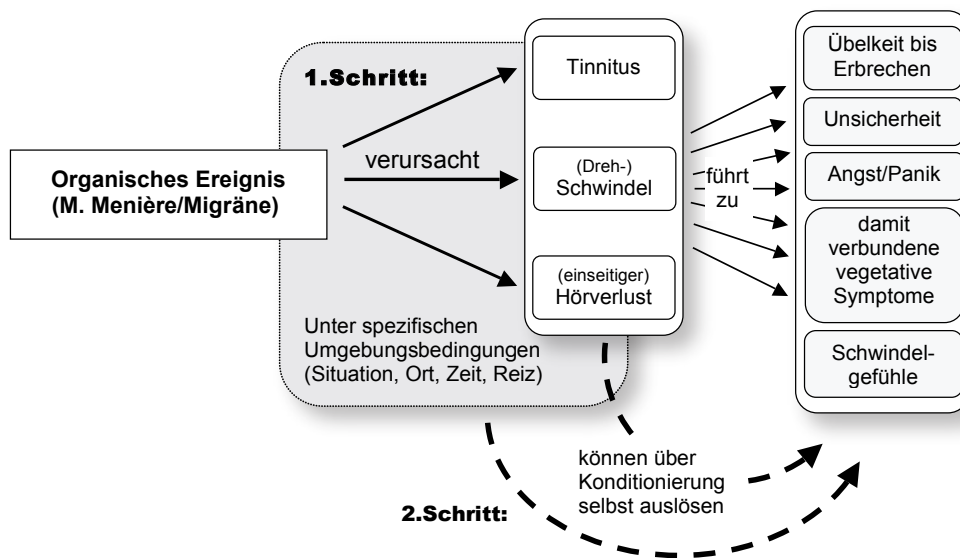


Abbildung 4: Schritt der Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels aus einem organischen Schwindelgeschehen heraus

Ein großer Teil der Entstehung und insbesondere der Aufrechterhaltung der reaktiven psychogenen Schwindelproblematik ist dem Patienten nicht bewusst, aber durch Mechanismen der klassischen und der operanten Konditionierung erklärbar.

primär innenohrbedingte Menière-Geschehen. Zunächst löst nur das Innenohrgeschehen Drehschwindel, Unsicherheit, Angst und Panik sowie vielfältige vegetative Angstsymptome aus.

Bei entsprechender Sensibilität können dann bestimmte Begleitumstände ebenfalls auslösend für das Erleben eines Schwindels und Angst- und Panikgeschehens wirken. Das organische Ereignis tritt in den Hintergrund, und die Begleitumstände können selbst die vorher organisch bedingten Reaktionen auslösen.

Diese Begleitumstände können sein:

- die räumliche Situation oder eine Konfliktsituation, in der der Anfall geschah oder sich wiederholte,
- ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der auch dem organisch bedingten Anfall vorausging,
- eine Kopfbewegung,
- die Uhrzeit oder
- ein anderer „Reiz“.

Im Laufe der Zeit kann es zur Reizgeneralisierung kommen. Reizgeneralisierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Auslöser immer unspezifischer werden und schon ähnliche Situationen zum Schwindel und dessen Empfindungen führen können.

Beim M. Menière und bei der Migräne kommt ungünstig hinzu, dass zunehmend mehr Elemente immer wieder durch real organische Drehschwindelattacken verstärkt werden können.

Die Veränderung des Schwindelgeschehens wird oft erst mit starker Verzögerung erkannt, weil lange Zeit von „Restzuständen“ nach einer organischen Läsion ausgegangen wird.

Über die – dem Patienten unbewussten – klassischen und operanten Konditionierungsvorgänge hinaus haben auch dysfunktionale Kognitionen über die Konsequenzen des Schwindels einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf [22]. Dazu gehören Ängste, falsche (Eigen-)Annahmen über den Krankheitsverlauf und möglicherweise auch falsche oder falsch verstandene (therapeutische) Instruktionen, wenn sie – unabhängig von den organischen Ursachen – dazu führen, dass die notwendigen Aktivitäten vermieden werden oder dass das Umfeld, das die Symptome subjektiv verstärken könnte, nicht mehr aufgesucht wird.

Bei Vermeidung bleibt das Gefühl der Unsicherheit bestehen und die Angst wird konserviert, da keine Adaptation stattfinden konnte. Verstärkt wird dies durch körperliches Schonverhalten, wodurch zentrale Adaptationsmechanismen, die durch entsprechendes Training in Gang gesetzt würden, ausgelassen werden. Dabei können die Betroffenen durch die Vermeidung Fähigkeiten verlieren, mit der Situation umzugehen, so dass eine neuro-psychologische Adaptation unterbleibt. So entsteht ein Circulus vitiosus aus dysfunktionalen Kognitionen, Ängsten und Schonverhalten, was zu einer Konservierung der Symptomatik führen kann.

Posttraumatischer Schwindel

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln sich charakteristische Symptome nach dem Erleben oder auch durch das Beobachten eines extrem traumatischen Ereignisses, das mit Androhung des Todes, schweren Verletzungen oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einhergeht. Je intensiver und direkter der Belastungsfaktor erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung der Störung. Scheinbar erstaunlich ist, dass posttraumatische Reaktionen und Entwicklungen häufiger nach leichteren Schädel-Hirntraumen entstehen als nach schweren. Dies könnte – so Lamparter [10] – darin begründet sein, dass bei schweren Traumatisierungen das eigentliche Unfallgeschehen in der Erinnerung verloren geht. Bei leichterem Unfallgeschehen scheint hingegen die Erinnerung an den beim Unfall erlebten Schock und die Begleitumstände als Angstquelle erhalten zu bleiben. Über die Erhebung der äußeren Umstände des Unfallhergangs muss auch die Bedeutung des Unfalls im Erleben des Patienten einbezogen werden.

Diagnostik

Schwindelpatienten gelten als „schwierig“, da meist nicht eindeutig zuzuordnen ist, ob ein physischer oder ein psychischer oder im Hintergrund vielleicht auch ein moralischer Verlust des Gleichgewichts vorliegt. Schwierig ist dabei für Betroffene und Behandler, dass sich auch der

noch so offensichtlichste psychogene Schwindel für den Betroffenen immer somatisch ausdrückt und auch bei bester Introspektionsfähigkeit meist körperlich erlebt wird.

Dabei brauchen Schwindelerkrankte bei der Therapie auf jeden Fall ein klares Gegenüber. Wichtig ist, dass der Arzt für sich eine sichere Vorstellung von dem hat, was auf ihn zukommt. Ansonsten droht ihm, mit dem Patienten selber schwindelig zu werden und auch „umzufallen“.

Letzteres löst verständlicherweise Abwehr und möglicherweise auch aggressive Impulse beim Behandler aus, die zwar dann der eigenen Stabilität dienen, weniger aber dem Wohle des Patienten.

Dabei ist es durchaus sinnvoll, sich bei offensichtlich psychogenem Schwindel in der Diagnostik auf das Notwendige zu beschränken. Bedenken muss man dennoch, dass der kalorische Vestibularistest die Antwort des Gehirns auf die unphysiologische Reizung eines Fünftels der peripheren Gleichgewichtsfunktion darstellt, alleine also nicht geeignet ist, eine suffiziente Aussage für „den Schwindel“ zu machen.

Ist jedoch ausreichend diagnostiziert, sollten weitere, dann unnötige Untersuchungen unterbleiben, sie erhöhen meist nur die Anzahl fraglich krankhafter Befunde. Dies steigert dann meist die Unsicherheit und verhindert oft möglicherweise einfache, aber wirksame Therapieschritte. Wenn es indiziert und prognostisch günstig ist, zum Psychiater oder zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten zu überweisen, sollte der Patient wissen dürfen, dass er weiter regelmäßig zum HNO-Arzt wiederkommen kann, damit er sich nicht abgeschoben fühlt.

Die Krankengeschichte

Die Krankengeschichte führt – zusammen mit basalen Untersuchungen – in bis zu 90% der Fälle von Schwindelerkrankungen zur Diagnose. Dabei sollte gerade der erste Schwindel genau erfragt und nachgespürt werden, da dieser noch relativ unbeeinflusst von sich daraus ergebenden Reaktionen ist. Im Idealfall werden neben den körperlichen Symptomen schon die zentralen psychischen Momente deutlich.

Decot [3] hat sechs Fragen konzipiert, um die körperlichen und körperlich empfundenen Sym-

ptome des Patienten in einen verstehbaren Zusammenhang mit seiner Lebensgeschichte und seiner emotionalen Situation zu bringen.

Frage 1: „Welche Beschwerden haben Sie?“

Die Schilderung soll in den eigenen Worten des Patienten erfolgen – „ich leide an ...“ und nicht „ich habe ... eine Diagnose“. Der Arzt achtet hierbei darauf, wie der Patient sich selber darstellt und welche Emotionen im Hintergrund zu spüren sind („ich bin verunsichert“, „ich leide“...).

Frage 2: „Wann war das Symptom zum ersten Mal da, was hat die Beschwerden ausgelöst, welche Ereignisse traten zeitgleich damit auf?“

Es wird auch nach Verschlechterungen oder Besserungen gefragt. Hier gilt es oft geduldig zu sein, wenn Patienten zunächst „das weiß ich nicht mehr“ sagen oder „es ist immer gleich schlimm“. Der Arzt kann zu diesem Zeitpunkt mit seiner körperlichen Untersuchung beginnen und dabei das Gespräch mit dem Patienten weiter fortführen. Auch wenn Patienten bereits auf den ersten Blick psychisch krank erscheinen, darf auf eine organische Abklärung der Beschwerden nie verzichtet werden.

Frage 3: „Hat sich in dieser Zeit in Ihrem Leben etwas Wesentliches verändert?“

Diese Frage forscht nach der individuellen Lebenssituation des Patienten zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginns. Krankmachende Faktoren können im biologischen, psychischen und sozialen Bereich liegen. Der Arzt achtet hier auf mögliche Verbindungen zwischen Erkrankung und lebensgeschichtlichen Krisen (Jobverlust, Scheidung, Tod einer Bezugsperson).

Frage 4: „Haben Sie schon früher Probleme mit dieser Erkrankung gehabt?“

Welche Krankheitserfahrung hat der Patient mit der Erkrankung, hatte er zum Beispiel schon immer Probleme mit dem Gleichgewicht oder hat auch die Mutter schon immer unter Schwindel gelitten? Hier wird die lebens- und familiengeschichtliche Einordnung aus der Sicht des Patienten deutlich.

Frage 5: „Was haben Sie bisher unternommen?“

Was hat der Patient bisher getan, um wieder gesund zu werden, welche Bewältigungsstrategien (Coping) hat er bereits entwickelt? Wie erfolgreich war er damit? Bei wie vielen Kollegen wurden bereits Behandlungsversuche unternommen?

Der kalorische Vestibularistest erfasst die Antwort des Gehirns auf die unphysiologische Reizung eines Fünftels der peripheren Gleichgewichtsfunktion. Hingegen führt die Krankengeschichte schon in bis zu 90% der Fälle zur Diagnose.

Grob gesagt ist jeder Dauerschwindel ohne Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnervenbeeinträchtigung am ehesten seelisch zu erklären.

Frage 6: „Wie stellen Sie sich die Behandlung vor?“

Mit dieser Frage wird die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit thematisiert. Einen Patienten „gegen seinen Willen“ zu behandeln ist sinnlos, ihn beispielsweise ohne vorherige eigene Motivation zum Psychotherapeuten zu schicken, meist ohne großen Erfolg.

Wir führen darüber hinaus bei jedem Schwindel-Patienten eine Lagerungsprüfung durch, um den

gutartigen Lagerungsschwindel auszuschließen oder ggf. zu beseitigen.

Grob gilt, dass jeder Dauerschwindel ohne Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnervenbeeinträchtigung am ehesten seelisch zu erklären ist, da nahezu alle organisch bedingten Schädigungen mit Schwindel meist nach wenigen Wochen kompensiert werden. Wichtige Ausnahmen sind Hirntumore oder andere bleibende Schäden im ZNS. Erinnerung sei daran, dass sich der Schwin-

Tabelle 1: Charakteristische Schwindelempfindungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen

Erkrankung	Zeitliches Auftreten	Schwindelempfindungen
Generalisierte Angststörung	Schwindelanfälle und /oder Dauerschwindel	zu- und abnehmende Intensität bei ständiger innerer Anspannung und Nervosität; anhaltende Angst, auch, dass durch und im Schwindel etwas passieren könnte
Panik	„Anfälle“ von Minuten bis hin zu Stunden	„aus heiterem Himmel“ überfallend mit Herzklopfen, Herzrasen, Schweißausbrüchen, Luftnot bis Erstickungsgefühl, Blutdruckanstieg, Brechreiz, Durchfall ggf. Depersonalisationssymptomen
Phobie	steigernd <u>vor</u> der befürchteten Situation	Furcht vor der Situation, in der ein Schwindelanfall auftreten könnte
Depression	Dauerschwindel oder diffuser Schwindel	schwer kreisend, etwa „ein Mühlrad im Kopf“ teilweise Tagesschwankungen, sozialer Rückzug, Zukunftsängste, nihilistische Gedanken und Befürchtungen
Somatisierung	diffuser Schwindel / Schwankschwindel	auf organische Ursache des Schwindels fixiert, drängend auf weitere diagnostische Maßnahmen
Hypochondrie	diffuser Schwindel / Schwankschwindel	Angst vor einer schweren Erkrankung
Dissoziation	eher ein „Neben sich stehen“	Schwindelphänomene als Erinnerungssymbole für verdrängte/ abgespaltene traumatisch erlebte Erlebnisse
Derealisation	„Unwirklichkeits- oder Fremdheitsgefühl“, Schwebefühl	„komisches Gefühl im Kopf“, Benommenheit, ein Gefühl, „in Watte gepackt zu sein“ in dem (selbst) der Schwindel diffus bleibt, oder Gefühl einer Benommenheit

del in der subjektiven Empfindung des Patienten meist an einem vorangegangenen organischen Ereignis orientiert und er in seiner Ausprägung und Gestaltung von der nun einsetzenden psychischen Erkrankung bestimmt wird.

Der Verdacht auf psychogene Anteile wird größer, je vielfältiger die Beschwerden erlebt und geschildert werden. Dennoch reicht aber für die Annahme eines psychogenen Schwindels nicht nur die Abwesenheit des organischen Befundes, sondern es ist zwingend eine psychologische Diagnose notwendig, die das Schwindelgeschehen tiefenpsychologisch fundiert oder aus der Kenntnis der Lerngeschichte stimmig erklären kann.

Hilfreich kann z. B. die Hamilton-Angst-und-Depressions-Skala deutsche Version, HADS-D aus dem Hogrefe Testzentrum sein, die wir als richtungsweisende Diagnostik einsetzen.

Differentialdiagnose

Habituationsdefizite nach stattgehabtem Vestibularisausfall sind primär organisch und können quantitativ etwa mit dem „Head thrust“-Test und qualitativ mit der Videookulographie in der Optokinetik und im Drehstuhl überprüft werden.

Ebenso werden der gutartige Lagerungsschwindel und manche Formen des Otolithenschwindels, die inzwischen mit den VEMPs (Vestibulär Evozierte Myogene Potentiale) und dem Wendetest nach Westhofen besser erfassbar sind, oft als „psychogen“ missdeutet.

Therapie

An erster Stelle steht eine gute, entängstigende – auch medizinische – Aufklärung. Insbesondere bei psychogenen Schwindelerkrankungen sollte weniger das „nicht gefundene“ und „eventuell pathologische“ betont werden, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde. Ungünstig und demotivierend sind verbal aber auch nonverbal vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an.“

Günstig ist es, wenn dann mit den Patienten ein integratives Erklärungsmodell für die Schwindelsymptomatik erarbeitet werden kann, das medizinische und psychologische Faktoren be-

rücksichtigt. Auf Basis dieses Modells sollte das Veränderungspotential realistisch eingeschätzt und die erforderlichen Maßnahmen umgesetzt werden. Besonders wichtig ist dabei, dass Ärzte klar bleiben und Doppelbotschaften („Sie haben nichts, aber ... nehmen sie dieses Medikament“) vermeiden.

Hilfreich ist es, wenn die notwendige Sicherheit vermittelt werden kann, dass für die Bewältigung des Schwindels eine gute Grundlage, etwa ein (weitgehend) intaktes Gleichgewichtsorgan oder zumindest ein zu verbesserndes Gleichgewichtssystem vorhanden ist. Rief und Hiller [14] haben – bei Somatisierungserkrankungen – folgende Hilfestellungen vorgeschlagen:

1. Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden.
2. Sprechen Sie frühzeitig an, dass die wahrscheinliche Ursache für die Beschwerden keine schwere Erkrankung ist, sondern eine Störung der Wahrnehmung von Körperprozessen, wie sie oftmals unter Belastung oder Stress vorkommt.
3. Vermeiden Sie unnötige Eingriffe (z. B. häufige Wiederholungen von Untersuchungen).
4. Vermeiden Sie Bagatelldiagnosen und sonstige Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner organischen Sichtweise der Erkrankung bestärken können.
5. Vereinbaren Sie feste Termine für Nachuntersuchungen. Versuchen Sie, den Patienten zu unterstützen, spontane Arztbesuche aber zu vermeiden.
6. Motivieren Sie (wenn stimmig am eigenen Beispiel) zu einer gesünderen Lebensführung, beugen Sie inadäquatem körperlichem Schonverhalten vor.
7. Stellen Sie Rückfragen und lassen Sie den Patienten das Gespräch zusammenfassen, um mögliche Informationsverzerrungen beim Patienten zu erkennen.

Hinsichtlich der psychogenen Komponente kann die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen auch bezüglich der Konditionierungsvorgänge und der Reizgeneralisierung angstvermindernde Effekte haben. So ist es hilfreich, zu verstehen, warum nach einem ehemals körperlichen Schaden wie einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem Vestibularisausfall noch ein Restschwindelzustand übrig bleiben kann oder wa-

Günstig ist es, wenn mit den Patienten ein integratives Erklärungsmodell für die Schwindelsymptomatik erarbeitet werden kann, das medizinische und psychologische Faktoren berücksichtigt.

Ziel ist es, dem Patienten aus der Vermeidung angstbesetzter Situationen und Handlungen herauszuhelfen.

rum sich bei einem Gleichgewichtsausfall oder nach wiederholten Menière-Anfällen ein „Dauerschwindel“ entwickeln kann.

Wir haben unsere Menière-Patienten konkret angeleitet, selbst unterscheiden zu lernen, wie sich der – meist reaktive – psychogene Schwindel von einem leider jederzeit möglichen innenohrbedingten Schwindel unterscheidet [20]. Dazu geben wir ihnen – als Groborientierung – die in Tabelle 2 wiedergegebenen Anhaltspunkte sowie ein Merkblatt mit auf den Weg [18, 19].

Ziel ist es, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und ihm aus der Vermeidung meist angstbesetzter Situationen und Handlungen herauszuhelfen. Gelingt dies – wenn auch anfangs möglicherweise nur in kleinen Schritten – kann dies die Erwartungsangst wesentlich reduzieren und damit meistens auch schon das Schwindelgefühl. Dann ist es in einem intensiven Gleichgewichtstraining, das meist der Anleitung bedarf, oft sogar möglich, selbst definitive Funktionsverluste durch die verbliebenen gesunden Anteile zu großen Teilen auszugleichen.

Systematische Desensibilisierung

Unerlässlich ist es, das Vermeidungsverhalten anzugehen. Ein pragmatischer, praktikabler und wirksamer Ansatz in der Psychotherapie ist die „systematische Desensibilisierung“. Dabei besteht das Therapierationale in einer gut vorbereiteten und unterstützten, gestuften Konfrontation mit den einzelnen angst- und schwindelauslösenden Reizen (konditionierte und generalisierte Stimuli), um auf diesem Weg eine schrittweise Habituation der Angstreaktion erreichen zu können.

Die Therapie zielt darauf ab, aktive Strategien der Bewältigung statt der Vermeidung stärkerer negativer emotionaler Reaktionen wie Angst, Ärger oder Gefühle von Überforderung auf der kognitiven und physiologischen Ebene zu vermitteln.

Das Vorgehen gliedert sich dabei in folgende Stufen:

1. Identifizierung möglichst vieler angstausslösender Reize mit unterschiedlichem Intensitätsgrad im Rahmen der Verhaltensanalyse.

2. Erstellung einer Hierarchie angstausslösender Reize.

3. Edukative Phase (Vorbereitung).

4. Erlernung eines Entspannungsverfahrens zum angstantagonistischen Vorgehen

5. Schrittweise Konfrontierung des Patienten mit angstausslösenden Reizen unter Entspannung.

Sind die Auslöser und aufrechterhaltenden Bedingungen identifiziert und hierarchisiert, etwa mit Hilfe einer visuellen Analogskala, wird die systematische Desensibilisierung in einer „edukativen Phase“ vorbereitet. In dieser Phase sollen mit der Vermittlung eines Modells psychophysischer Zusammenhänge Möglichkeiten neuer und günstigerer Bewältigungsstrategien im Umgang mit heftigen Emotionen verdeutlicht und erlernt werden können. Eine zentrale Annahme der edukativen Phase ist, dass Verhalten und Erleben nicht nach einem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ ablaufen, sondern in einer Abfolge von Phasen.

Dabei werden (idealtypisch) vier Phasen unterschieden:

1. Die Vorbereitung auf eine Stresssituation.
2. Der Stressbedingung gegenüber stehen.
3. Durch die Stressbedingungen möglicherweise überwältigt werden.

Tabelle 2: Anhaltspunkte zur Unterscheidung zwischen psychogenem Schwindel und einem innenohrbedingten Schwindel

	innenohrbedingter Schwindel	psychogener Schwindelzustand
Fixieren eines festen Gegenstandes	nicht möglich	möglich
heftiges Auftreten	nicht möglich, führt zu erneuten Anfällen	bessert das Schwindelerleben und führt zu mehr Standfestigkeit
vertraute Menschen	ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	kann das Schwindelerleben deutlich bessern

4. Für die Auseinandersetzung mit dem Stressor belohnt werden.

Der edukativen Phase schließt sich die Übungsphase an. In der Übungsphase geht es darum, dem Patienten Bewältigungsmöglichkeiten zu vermitteln, die dann in Form einer „Trockenübung“ erprobt werden. Dabei müssen mit dem Patienten die Bewältigungsformen erarbeitet werden, die „passend“ erscheinen.

Auf der kognitiven Ebene können „hilfreiche“ Gedanken zum Schwindel“ günstig sein oder das Einüben des Erkennungsmusters zum psychogenen versus innenohrbedingten Schwindel.

Zur Beeinflussung der physiologischen Anspannung wird ein Entspannungstraining durchgeführt, vorzugsweise die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. In vielen psychosomatischen Kliniken, aber teilweise auch in der ambulanten Versorgung, besteht die Möglichkeit, dies durch ein körperorientiertes Verfahren wie Tai Chi oder Feldenkrais zu unterstützen. Aber auch Sportarten wie Tischtennis, Ballspiele oder gar Trampolinspringen unterstützen die Habituation.

In der Übungsphase geht es um das Einüben der Bewältigungsschritte. Stresssituationen können dabei in der Vorstellung eingeführt werden. Die Konfrontation in der Vorstellung kann über detaillierte Instruktionen, anhand visueller Darbietungen erfolgen. Dabei wird insbesondere der sogenannte „innere Dialog“, d.h. Gedanken von inneren Bildern, für die Aufschaukelung heftiger Emotionen nutzbar gemacht.

In der Anwendungsphase geht es dann um das schrittweise Ausprobieren der erlernten Bewältigungsformen – auch in sonst „Schwindel-erregenden“ Situationen. In der Regel sollte man mit den geringeren Reizen in der Hierarchie beginnen sowie mit der Erprobung in einem geschützten Rahmen. Dies sichert die Möglichkeit, gerade am Anfang positive Erfahrungen machen zu können, seien diese auch noch so klein. Dabei soll die Anwendung der inzwischen erlernten muskulären und mentalen Entspannung antagonistisch gegen die Angst und das Schwindelgefühl eingesetzt werden können. Im Verlauf werden dann weitere Alltagssituationen mit höheren Schwierigkeitsgraden einbezogen.

Die individuelle Nacharbeit mit dem Patienten anhand einer Videodokumentation kann zu einer deutlichen Beschleunigung des Lernens führen, da insbesondere für die kognitive Arbeit weit direktere, subkortikale Zugänge gewonnen werden können als allein über das Wort.

Der therapeutische Prozess sollte nicht enden, ehe für den Patienten wichtige, ganz konkrete Situationen erfolgreich erprobt wurden. So kann gelernt werden, die schwindelauslösenden Situationen anders als mit Schwindel zu bewältigen.

Medikamentöse Therapie?

Antivertiginosa sind nur sinnvoll bei akuten, zeitlich begrenzten Schwindelattacken. Antivertiginosa sind ungeeignet zur Dauerbehandlung des Schwindels, da sie den Kompensationsprozess des Gleichgewichtssystems hemmen.

Stellen sich hingegen Angst- und/oder Depressionserkrankungen oder behandlungspflichtige psychiatrische Krankheitsbilder als wesentlich für das Schwindelleiden dar, kann es sinnvoll sein, diese auch medikamentös zu behandeln. Für die eigene Auswahl der Psychopharmaka sollte es selbstverständlich sein, Fachkompetenz zu haben oder zu erwerben. Psychopharmaka sind „richtige Medikamente“ mit Wirkungen und teilweise ernsten Nebenwirkungen.

Prognose

Am günstigsten sind nach Dieterich und Eckhardt-Henn [4] und Brandt [1] Patienten mit Angst-, phobischen oder depressiven Störungen zu einer weiterführenden Psychotherapie zu motivieren. Hingegen zeigen Patienten mit einem komplexen somatoformen Schwindelgeschehen im Krankheitsverlauf auch nach mehreren Jahren in etwa 70 % noch Schwindelsymptome und eine stärkere Beeinträchtigung in ihrer Berufs- und Alltagsaktivität als Patienten mit organischen Schwindelerkrankungen [1, 4]. Dies trifft besonders dann zu, wenn durch das Symptom eine psychische Entlastung möglich ist und der sekundäre Krankheitsgewinn groß ist.

Antivertiginosa sind ungeeignet zur Dauerbehandlung des Schwindels, da sie den Kompensationsprozess des Gleichgewichtssystems hemmen.

Literatur

1. Brandt T, Dieterich M, Strupp M. Vertigo. Leit-symptom Schwindel + DVD: Steinkopff, Darmstadt 2004: 150
2. Davis A, Morjani P. The epidemiologie of hearing and balance disorders. In: Luxon ML, Furmann IM, Hrsg. Textbook of audiological medicine. M Dunitz, London 2003: 88–99
3. Decot E. Psychosomatische Störungen. Therapeutische Verfahren bei psychosomatischen Störungen im HNO-Bereich. Laryngo-Rhino-Otol 2005; 84: 272–287
4. Dieterich M, Eckhardt-Henn A. Neurologische und somatoforme Schwindelsyndrome. Nervenarzt 2004; 75: 281–302
5. Eckhardt-Henn A. Psychogener Schwindel legt Patienten länger lahm. Welche seelischen Erkrankungen hinter Schwindel stecken können. MMW Fortschr Med 2000; 142: 30–32
6. Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J Anxiety Disord 2003; 17: 369–388
7. Freud S. Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. In: Studienausgabe, Bd. 6. Fischer, Frankfurt 1971: 25ff
8. Frommberger U, Schmidt S, Dieringer H. Panic disorder in patients with dizziness. Arch Intern Med 1994; 154: 590–591
9. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. South Med J 2000; 93: 160–167
10. Lamparter U. Schwindel. In: Ahrens S et al, Hrsg. Psychosomatik in der Neurologie. Schattauer; Stuttgart 1995: 122–151
11. Lamparter U. Schwindel. In: Ahrens S, Schneider W, Hrsg. Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Schattauer, Stuttgart 2002: 354–361
12. Lempert T. Dizziness. Wenn der Schwindel aus dem Kopf und den Beinen kommt. Abstract Band Neurootologie. Symposium Frankfurt-Sulzbach 2009. www.symposium-neurootologie.de/abstractband.pdf
13. Lempert T. Wirksame Hilfe bei Schwindel. Informationen und Ratschläge. Trias, Stuttgart 2003 und www.charite.de/ch/neuro/klinik/patienten/krankheiten/schwindel_vertigo/deutsch_rechts.html
14. Rief W, Hiller W. Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. Hogrefe, Göttingen 1998: 88
15. Ronel J, Lahmann C. Vertigo und Psyche. Nervenheilkunde 2008; 9: 846–852
16. Schaaf H, Haid CT. Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. Dtsch Ärztebl 2003; 100; A 853–857
17. Schaaf H. Gleichgewicht und Schwindel der Seele. Profil; München, Wien 2008: 98
18. Schaaf H. Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. Asanger, Kröning 2007
19. Schaaf H. M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. Springer, Heidelberg 2007: 222
20. Schaaf H, Holtmann H. Patientenführung bei M. Menière. Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven. HNO. 2005; 53: 889–894
21. Schilder P. The vestibular apparatus. In: Schilder P, Hrsg. Mind, perception & thought in their constructive aspects. Columbia University Press, New York 1942: 83–134
22. Yardley L, Redfern M. Psychological factors influencing recovery from balance disorders. J Anxiety Disord 2001; 15: 107–119

Korrespondenzadresse:

Helmut Schaaf
 Oberarzt der Tinnitus Klinik Dr. Hesse
 und des Ohr- und Hörinstitutes Hesse(n) im
 Krankenhaus Bad Arolsen
 Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
Hschaaf@tinnitus-klinik.net
www.tinnitus-klinik.net und www.drhschaaf.de

Unabhängigkeitserklärung der Autoren: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen zu einer der Firmen, deren Namen oder Produkte in dem Artikel aufgeführt werden, oder zu einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Der Autor unterlag bei der Erstellung des Beitrages keinerlei Beeinflussung. Es lagen keine kommerziellen Aspekte bei der inhaltlichen Gestaltung zugrunde.