

Ein störungsorientiertes Puzzleteil beim psychogenen Schwindel

Die ausbleibende „Rück-Anpassung“ auf eine vestibuläre Krise als Grundlage eines chronifizierenden Schwindels

von Dr. Helmut Schaaf

2006 und 2012 erschienen in der international angesehenen Neurologie-Zeitschrift Continuum zwei ausführliche Aufsätze zum chronisch anhaltenden Schwindel. Jeffrey Staab, der auch die Erarbeitung eines neuen internationalen Klassifikationssystems leitet, hat darin das Konzept eines „Chronic Subjective Dizziness“ (CSD, Chronischer Subjektiver Schwindel) vorgestellt¹. Dabei werden Brücken zwischen Körper und Seele geschlagen, die bislang so noch nicht ausformuliert wurden. Im folgenden Artikel stellt Dr. Helmut Schaaf, leitender Oberarzt an der Tinnitus Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen, wichtige Aspekte des Konzepts vor und kommentiert diese. Ebenfalls berichtet er vorab über das Ergebnis einer Nachuntersuchung an der Tinnitus Klinik Dr. Hesse, die durch diese Fragestellung angeregt wurde.

Zur Entwicklung des Konzeptes des Chronischen Subjektiven Schwindels aus dem Phobischen Attackenschwindel

1986 führten Brandt und Dieterich mit dem „Phobischen Attackenschwankschwindel“ den psychogenen Schwindel in die Neurologie ein. Damit kommt ihnen das Verdienst zu, ein psychisches Phänomen für Mediziner verständlich gemacht zu haben. Einen Phobischen Attackenschwankschwindel diagnostizierten die beiden Neurologen, wenn Patienten in bestimmten sozialen Situationen (Kaufhäuser, Konzerte, Besprechungen) oder angesichts typischer auslösender Sinnesreize (Brücken, leere Räume, Straßen) Schwindel ohne organische Schädigung erleiden. Bei der Auslösung dieses Schwindels vermuteten sie eine ängstliche Eigenbeobachtung und eine Fehlabstimmung zwischen dem, was gesehen und empfunden wird, und den bis dahin gewohnten Handlungsweisen (Sicht- und Handlungsmuster).

In der Folge würden aktive Kopf- und Körperbewegungen als passive Beschleunigungen oder Scheinbewegungen erlebt, Handlungs- und Wahrnehmungsmuster ver-

schwimmen. Diesen Schwindel charakterisieren sie durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit, obwohl die Betroffenen stehen und gehen können. Hinzu komme in der Situation oft eine zunehmende Vernichtungsangst. Die betroffenen Patienten hätten oft „akzentuierte“ Persönlichkeitszüge, mit Neigung zu verstärkter Introspektion und dem Bedürfnis, „alles unter Kontrolle haben zu wollen“. Das zentrale Problem des Phobischen Schwankschwindels ist der Versuch einer bewussten Kontrolle der Balance durch den Patienten mit Entwicklung einer „Selbstbeobachtungsspirale“. Dies kann dazu führen, dass eigene Körperbewegungen als Fremdbewegungen wahrgenommen werden.

Da die Symptome des Phobischen Attackenschwankschwindels auch nach stattgehabten neurootologischen Erkrankungen gesehen wurden, wurde das Konzept um die Einführung eines „sekundären phobischen

Attackenschwankschwindels“ erweitert. Dies blieb nicht ohne Diskussionen und Hinweise auf offene Fragen, Ergänzungen in Einordnung in ein erweitertes Verständnis. Vor allem die Arbeitsgruppe um Eckhardt-Henn hat 1997 deutlich gemacht, dass sich die von Brandt und Dieterich beschriebene Erkrankungsgruppe auf Angst-Erkrankungen, depressive Erkrankungen und Somatisierungsstörungen zurückführen lasse.

Staab (2012) benennt darüber hinaus die problematische Zusammenstellung von physischen, Verhaltens- und Persönlichkeitseigenschaften. Auf Grundlage der Beobachtungen und Überlegungen von Jacob et al. (1993) zum „Space and Motion Discomfort“ und von Bronstein (1995) zu „Visual Vertigo Dizziness“ beschrieb die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychiater in der Mayo Klinik den Prozess einer Gleichgewichtsstörung wie folgt:

¹ Im Rahmen der Klassifikation von vestibulären Erkrankungen entsteht auf Vorschlag der Barany Society eine Kategorie des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“), begrifflich auch als Kompromiss zu den bisherigen Ansätzen des „Phobischen Attackenschwindels“, des „Visuellen Schwindels“ und des „Space Motion Discomfort“ sowie der Theoriebildung um einen „Chronic Subjective Dizziness“ (CSD).

Auslöser

Ursächlich für ein Schwindelerlebnis und Schwindelereignis können werden:

- Ein vom Gleichgewichtsorgan ausgehendes Ereignis wie ein Gleichgewichtsausfall, ein (wiederholter) gutartiger Lagerungsschwindel, ein Morbus Menière;
- eine (andere), primär medizinische Erkrankung mit Schwindel oder Ohnmachtserleben wie eine vestibuläre Migräne oder Synkopen (plötzlicher Bewusstseinsverlust);
- eine akute Angstattacke (Panikattacke). Diese psychogene Ursache wird dabei als akute Unterbrechung der Mobilität durch Panikattacken oder andere intensive Überlastung („Stress“) verstanden.

Ereignisse mit Einfluss auf das Gleichgewichtssystem erfordern eine schnelle Umstellung (Adaptation) im Gefüge des Gleichgewichtssystems. Sinnvollerweise wird dabei die Weiterleitung der verwirrenden Impulse aus dem geschädigten Gleichgewichtsanteil „organisch“ im Zentralnervensystem gehemmt. Dadurch kommt es bei Fehlinformationen aus einem Gleichgewichtsorgan, wie beim Morbus-Menièr-Anfall, zu einer Minderung des Empfangs aus dem erkrankten Organ.

Gleichzeitig geht Schwindel – in aller Regel und verständlich – mit Angstgefühlen einher. Dabei ermöglichen es Verbindungen des Angstkreislaufs im limbischen System mit den zentralen Verarbeitungswegen dem Angstsystem, die Schwelle für Impulse aus den Gleichgewichtsorganen (die afferenten Bewegungswahrnehmungen) zu erhöhen (Balaban 2012). Dazu reagierten mehr als 85 Prozent der Gleichgewichtskerne im Hirnstamm und Kleinhirn mittels des Botenstoffes Serotonin oder seinen Gegenspielern. Diese „Neurotransmitter“ sind aus der Angstforschung bekannt.

Das heißt: Sowohl aus organischen Gründen (Hemmung der verwirrenden organischen Impulse) als auch aufgrund der Angstreaktion („psychisch“) kann es zur Minderung des Informationsflusses aus dem betroffenen Gleichgewichtsorgan kommen (doppelte Hemmung).

Mit dem Zurückdrängen der Informationen aus dem Gleichgewichtsanteil ergibt sich ein (relatives) Überwiegen der Impulse aus

der optischen Wahrnehmung und den Körperempfindern (dem visuellen und propriozeptiven System). Dies führt zu einer teils bewussten, aber überwiegend unbewussten Konzentration auf diese beiden Systeme bei Aussparen der Informationen aus dem Gleichgewichtssystem.

In der Empfindung kann diese – suboptimale – Lösung dazu führen, dass nicht mehr verlässlich zwischen den eigenen Bewegungen und Bewegungen aus der Umgebung unterschieden werden kann. Daraus können ein eingeschränktes, auf Absicherung bedachtes Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, gegebenenfalls Stützen) und eine hohe Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung resultieren. So kann das Angstsystem (unbewusst) die Gleichgewichtsempfindungen und Ausgleichbewegungen beeinflussen.

Was am Anfang sinnvoll ist, kann am Ende hemmend bleiben

Diese Anpassungsleistungen sind im akuten Stadium sinnvoll. Sie müssen aber wieder aufgegeben werden, wenn die Störung beendet ist. Das ist beim akuten Anfall eines Morbus Menière – anders als einem Wochen anhaltenden Gleichgewichtsausfall – „relativ“ schnell der Fall.

Wenn aber das Anpassungsverhalten nach dem Anfall nicht aufgegeben werden kann, bleibt – so Staab (2012) – eine dauerhafte Fehladaptation – aufgrund des Ausbleibens der Re-Adaptation.

Dies kann bei Menière-Patienten eintreten, wenn man fürchtet, dass der „Menière“ als Anfall – oder in seinen Auswirkungen – doch noch nicht zu Ende ist, oder dass die nächste Attacke bald kommen wird.

Ein wichtiges Element scheint dabei eine – über mehr als zehn Tage anhaltende – Angst zu sein (Godeman 2006), wobei diese schon vorbestehen kann (ängstliche Persönlichkeit) oder sich mit dem Schwindel entwickelt. Nach sechs Wochen scheinen auch katastrophisierende Gedanken („Ich muss vielleicht erbrechen“, „Ich habe bestimmt einen Schlaganfall“, „Ich werde verrückt“) deutlicher zu werden. Patienten mit hohen Angstwerten nach zwölf Wochen entwickeln häufiger eine psychische Begleiterkrankung wie Ängste und Depressionen.

Große Angst (hohe Angstlevel) vergrößert die Haltungsinstabilität und vermindert die Reaktionsmöglichkeiten gegenüber Bewegungsreizen. Dies kann – trotz zunehmender organischer Erholung – die Wiederherstellung einer flexibleren Haltungskontrolle hemmen.

Eine Verkettung von organischen und seelischen Reaktionen kann in der Folge zu einer ungünstigen Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize führen. Daraus können ein eingeschränktes, auf Absicherung bedachtes Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, gegebenenfalls Stützen) und eine hohe Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung resultieren. Dies ruft vermehrt hochfrequente, klein amplitudige Haltungskorrekturen hervor und verfestigt Strategien der Haltungskontrollen, die eher zum Ausgleich eines hohen (Sturz-) Risikos angemessen wären (Gehen auf Glätteis).

Im Ergebnis führt das zu dem von Brandt und Dieterich (1986) beschriebenen Auseinanderklaffen zwischen dem erwarteten Bewegungsimpuls (Afferenz-Kopie) und der dafür zur Verfügung stehenden Reaktion auf den Bewegungsimpuls (Antwort, Efferenz-Kopie) im Stammhirn. Aber anders als bei dem 1986 erstmals beschriebenen „Phobischen Attackenschwindel“, bei dem ohne organische Schädigung vor allem die Angst irritierend und hemmend wirkt, kann nach einem Gleichgewichtsausfall auch noch ein organisches Defizit vorliegen. Das erklärt, warum bei dem von Staab (2012) entwickelten Konzept eines – anhaltenden – Chronisch Subjektiven Schwindels (CSD) „nur“ die Hälfte bedeutende psychische Auffälligkeit zeigt.

Auf den Überlegungen einer ausbleibenden Rückanpassung beziehungsweise einer nicht gelingenden Re-Adaptation aufbauend formulieren Staab (2006 und 2012) und Ruckenstein und Staab (2009) in ihrem Modell des Chronisch Subjektiven Schwindels (CSD) drei Kern-Eigenschaften:

- **Das Vorliegen eines nicht vestibulären Schwindels**, der länger als drei Monate andauert und meist einen erkennbaren Anfang hat mit meist schwankendem Verlauf.
- **Eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen**, seien es Eigenbewegungen oder Bewegungen in der Umwelt.

- Schwierigkeiten bei komplexen und präzisen visuellen Anforderungen und Aufgaben.

Als begünstigende Faktoren für ein anhaltendes Schwindelgefühl und -verhalten beschreibt Staab (2012):

- hohe Angstlevel – auch schon vor der Schwindelerkrankung als „Persönlichkeitseigenschaft“;
- hohe Aufmerksamkeit auf die Gleichgewichtssymptome;
- katastrophisierende Gedanken hinsichtlich der möglichen Entwicklung.

Auf Grundlage eines Testinventars, des NEO Personality Inventory Revised (Costa 1992), hat Staab (2012) mit „Angst und Introvertiertheit“ zwei Persönlichkeitsprofile benannt, die eher bei diesem – von ihm so definierten – Chronischen Subjektiven Schwindel gefunden werden.

Die (ehemalige) Mainzer Arbeitsgruppe hat umgekehrt Resilienz-Faktoren erarbeitet, die vor einem chronischen Verlauf schützen (Tschan et al., 2011). Resilienz ist die Fähigkeit eines Systems, mit Veränderungen umgehen zu können. Ein anschauliches Beispiel für Resilienz im engeren Sinn ist die Fähigkeit eines Stehaufmännchens: Es kann sich aus jeder beliebigen Lage wieder aufrichten.

Die anhaltende Schwindelempfindung wird verstärkt durch real wiederholte organische Ereignisse, wie es bei einem Morbus Menière oft vorkommt, auch wenn diese meistens deutlich seltener sind, als „in der angstvollen Beobachtung“ befürchtet wird. Bei entsprechender, individuell sicher sehr unterschiedlicher „Empfänglichkeit“ (Sensibilität) können in der Folge dann diese Begleitumstände oder Teile davon – unbewusst – die gleichen Schwindelempfindungen auslösen wie ein organisch bedingter Menière-Anfall. Wie unter anderen Eckhardt-Henn (2009) beschrieben hat, und wie von Schaaf und Kastellis (2013) in der Übersicht zu M. Menière im *Tinnitus-Forum 2/13*, Seiten 9–15 ausgeführt wurde, sind diese Prozesse gut durch Lernvorgänge (klassische und operante Konditionierungsvorgänge) zu erklären.

Die Mainzer Forschergruppe um Eckhardt-Henn und Dieterich (2009) konnte ebenfalls zeigen, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung wesentlich zur Ent-

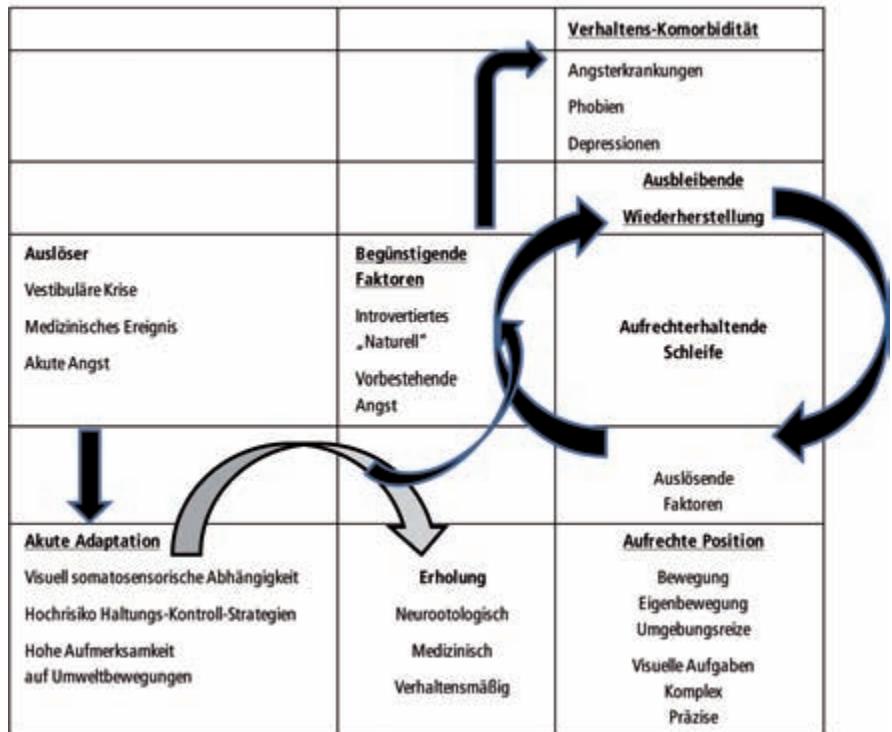


Abb. 1: Modell des pathophysiologischen Prozesses von CSD nach Staab (2012, S. 1132). Von links nach rechts zu verfolgen: Ein auslösendes Ereignis triggert eine akute Adaptation, um die Gleichgewichtsfunktion auf dem bestmöglichen Niveau zu halten. Unter normalen Umständen kann eine Erholung sowohl des medizinischen Befundes wie eine Rückbildung des – im Krankheitsprozess – nützlichen Anpassungsverhaltens erwartet werden. Bei bestimmten Vorkonstellationen, Erkrankungen kann das System der Haltungskontrollen in einem beständigen Zustand der Fehl-adaptation bleiben, die durch eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen gekennzeichnet ist. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für psychische Erkrankungen.

wicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels beiträgt. Dies gilt vor allem bei Erkrankungen mit – unvorhersehbarem – Wiederholungscharakter wie der Migräne und dem M. Menière. Dies führt zu einer permanenten Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize mit anhaltendem Sicherungsverhalten, das sich – nach einer zunächst sinnvollen Anpassung – in eine ungünstige Verarbeitung mit unangemessenen Reaktionen steigert. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für ein komorbides psychisches Verhalten.

Im ungünstigsten Fall kann die von Staab 2012 beschriebene „aufrechterhaltende Schleife“ von „ausbleibender Wiederherstellung“ und bewegungsabhängigen „auslösenden Faktoren“ verfestigt bleiben. Diese Patienten bleiben dann subjektiv und chronisch in einem beständigen Zustand der Fehl-adaptation, die durch eine Überempfindlich-

keit gegenüber Bewegungsimpulsen gekennzeichnet ist. Die gleichen Faktoren erhöhen – so Staab – simultan das Risiko für psychische (komorbide) Begleiterkrankungen.

Das Modell des CSD – so Staab 2012 – schaffe die Verbindung zwischen Neurootologie und Psychiatrie. Verhaltenselemente und neurootologische Faktoren werden als Schlüsselemente in der Interaktion beschrieben. Nimmt man die von Eckhardt-Henn (2009) beschriebenen Konditionierungsvorgänge hinzu, bekommt das oft unklar und wenig veränderbar erscheinende Bild eines anhaltenden, zumindest zu großen Teilen psychogenen Schwindels klarere Konturen, an denen das Verständnis und die Therapie ansetzen können.

Ein Fortschritt ist, dass auf Vorschlag der Barany Society im Rahmen der Klassifikation von vestibulären Erkrankungen eine Katego-

rie entsteht, die mehr Klarheit schafft als die bisherige Verlegenheitszuordnung „Schwindel und Taumel R41“.

Der Begriff des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“) darf dabei als Kompromiss zu den bisherigen Ansätzen des „Phobischen Attackenschwindels“, des „Visuellen Schwindels“ und des „Space Motion Discomfort“ sowie der Theoriebildung um einen „Chronic Subjective Dizziness“ (CSD) verstanden werden.

Konsequenzen für die Behandlung

Es ist wichtig – so Staab – Erkrankungen aus der Vergangenheit von akuten Symptomen zu unterscheiden. Die Behandlung muss chronische und wiederholte Ereignisse berücksichtigen, aber Behandlungsansätze für vergangene Probleme können nicht die aktuellen Symptome verbessern – und sollten daher auch nicht angeboten werden.

Moderne Antidepressiva

An erster Stelle beschreibt Staab (2012) ausführlich die Behandlung mit antidepressiv wirkenden und auch oft die Angst mildernden „Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern“ (SSRI). Sie seien in einem hohen Prozentsatz erfolgreich und hätten nicht den Schwindel vergrößert (Staab 2012). Dabei hat sich keiner der modernen SSRIs als besonders überlegen gegenüber den anderen gezeigt. Benzodiazepine sind nicht effektiv.

Gleichgewichtstherapie

Erst danach weist Staab (2012) darauf hin, dass eine vestibuläre Rehabilitation bei CSD so effektiv wie SSRIs ist. 2011 hatte Staab beschrieben, dass eine vestibuläre Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Schwindel auch effektiv Angst- und Depressionssymptome bekämpfen kann (Staab 2011). Staab (2012) legt bei der vestibulären Rehabilitation Wert auf ein langsames Vorgehen über lange Zeit, sonst löse diese – bei CSD – wieder Schwindel aus. Das steht im Widerspruch zu den allgemeinen Anforderungen an ein Gleichgewichtstraining. Wenn ein neues Gleichgewicht erarbeitet werden soll, muss das Gleichgewichtssystem lernen, neue Herausforderungen anzunehmen und zu lösen (ausführlich unter anderem in „Psychotherapie bei Schwindel“).

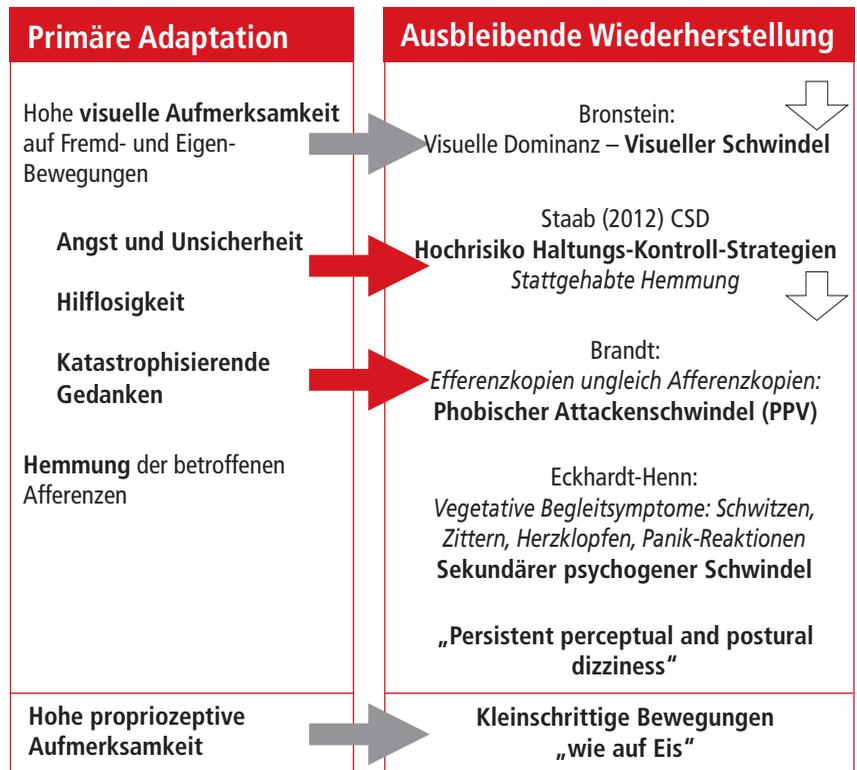


Abb. 2: Zuordnung der Reaktionen auf eine Gleichgewichtsirritation (links) zu den Konzepten eines anhaltenden Schwindels (rechts).

Psychotherapie

Staab (2012) berichtet über die Studieneinlage, die zwar initiale, aber bislang keine langanhaltenden Erfolge beim Einsatz der untersuchten psychotherapeutischen Vorgehensweisen bestätigen lässt.

Wertung: Ein hilfreiches Puzzleteil auf dem Weg zu einer störungsorientierten Sichtweise

Der Ansatz Staabs hat das Verdienst, den – nach wie vor psychischen – Schwindel von seiner organischen Komponente her zu betrachten und nicht zu schnell „nur“ die als „zentral“ zu identifizierende Angstkomponente in den Fokus zu stellen. So wird der Chronische Subjektive Schwindel nicht „nur“ als ein mögliches Symptom der Angst verstanden (was für die Panikattacke mit Schwindel nach wie vor zutrifft), sondern in seinem vestibulären Zusammenhang und seinen motorischen Auswirkungen erklärt. „CSD“, so Staab (2012), „hat einen Bezug zu vestibulären Reaktionen auf Eigen- und Fremdbewegungsreize und den daraus resultieren-

den Schwierigkeiten bei der Bewältigung präziser visueller Anforderungen.“

Das kann extrem hilfreich sein bei der Aufklärung der Patienten mit anhaltendem Schwindel nach einem definierbaren Ereignis. Ebenfalls kann dies dann auch die Akzeptanz in der Psychotherapie erhöhen. Es verbessert auch die Chance, wie von Staab (2006) formuliert, Neurootologie und Psyche gleichzeitig und nicht getrennt voneinander zu sehen.

Trotzdem wird auch in dem von Staab skizzierten Konzept die Angst als zentraler Dreh- und Angelpunkt sichtbar, allerdings wird sehr präzise ausformuliert und verständlich gemacht, wie sich dies auf das Bewegungsverhalten und die „auslösenden“ Faktoren auswirkt.

Problematisch erscheint mir die Zuordnung zu „Temperamenten“, auch wenn das Testkonstrukt in der Veröffentlichung von 2012 benannt wird und appelliert wird, dies nicht alltagssprachlich zu verstehen. Problematisch erscheint auch das Primat der medi-

Eigenschaften	Beschreibung
Primäre Symptome	Schwanken, Unsicherheit oder beides werden typischerweise – mit Schwankungen in der Ausprägung – über den ganzen Tag empfunden. Die Symptome werden durchgehend, länger als drei Monate empfunden.
Bezug zur Raum-Haltung	Die primären Symptome haben einen Bezug zur Körperhaltung. Die Symptome nehmen beim Stehen und Gehen zu und im Sitzen ab, sie sind im Liegen vermindert oder verschwunden.
Auslösende (provokative) Faktoren (Symptom-steigernd, abhängig vom Kontext)	Die primären Symptome sind auch ohne spezifische Auslöser vorhanden, aber sie können sich steigern (Exazerbation) bei – aktiven oder passiven Eigenbewegungen, ohne dass dies einen Bezug zu einer bestimmten Position oder Richtung hat – der Exposition von großflächigen, bewegten Objekten oder komplexen visuellen Anforderungen – der Durchführung kleinflächiger, präziser visueller Aufgaben (wie Lesen, Arbeiten am Computer, diffizile Handarbeiten)
Auslöser (Trigger)	Auslöser können sein: – Akute oder wiederholte neurootologische Erkrankungen, die eine periphere oder zentrale Gleichgewichtsstörung auslösen können – Akute oder wiederholte medizinische Probleme, die Schwanken und Übelkeit hervorrufen können – Akute oder wiederholte psychiatrische Erkrankungen, die Schwanken und Übelkeit hervorrufen können
Physische Untersuchungen und Laborergebnisse	Normalerweise finden sich keine auffälligen körperlichen oder vestibulären Befunde. Kleine, aber nicht relevante Abweichungen finden sich oft, ohne das Ausmaß der geschilderten Symptome vollständig erklären zu können.
Verhaltenssymptome	Die Verhaltensweisen können normal sein. Es werden häufig niedrige Werte von Ängstlichkeit und Depressivität gefunden. Es können sich aber auch signifikanter „psychologischer Stress“, psychiatrische Erkrankungen oder ungünstige Lebensumstände (kritische Lebensereignisse) finden lassen.

Abb. 3: Tabelle aus Staab (2012). Chronic Subjective Dizziness (CSD) – Symptome und Zeichen, die für die Diagnose notwendig sind. Die ersten drei Eigenschaften machen die Diagnose einer CSD aus.

kamentösen Intervention, auch wenn man konstatieren muss, dass viele psychisch Erkrankte (wohl auch solche mit Schwindel) keinen wirklich ausreichenden Zugang zu fach-psychotherapeutischer Hilfe haben und auch die Wartezeiten für Psychiatrische (Kurz-) Interventionen meist lang sind, was die Chronifizierung weiter verfestigt. In diesem suboptimalen Kontext wäre dann eine aktivierende Medikation bei ausreichender Indikation sicher günstiger als das Warten.

Hilfreich ist – bis zum Beweis des Gegenteils – die Durchführung eines gestuften Gleichgewichtstrainings. Hier sollen sich die Teilnehmer Auslösern und Situationen stellen, das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit prüfen und an verschiedene Schwindeltrigger habituieren. Dieses gelingt

eher unter Anleitung und in der Gruppe als alleine.

Ein Gleichgewichtstagebuch, das vor allem die Fortschritte und die Entwicklung, nicht nur die Defizite festhält, kann eine gute Grundlage für die eigene Arbeit, aber auch zur Verlaufskontrolle sein. Gleichzeitig ist es ein Baustein der möglicherweise notwendig werdenden psychotherapeutischen Unterstützung. Die Zuordnung als „Gleichgewichtstagebuch“ soll – anders akzentuiert als der „Schwindelkalender“ – das Ziel vor Augen haben.

So halte ich fachgerecht das 2012 von Tschan aus dem Projekt „Standfest“ abgeleitete Vorgehen, das auch dem unseren entspricht, für angemessener.

Ergebnisse einer Nachuntersuchung in der Tinnitus Klinik Dr. Hesse

Angeregt durch die Arbeiten von Staab (2006 und 2012) und die Untersuchungen von Holmberg (2007) und Schmitt (2011) haben wir die bei uns in der Tinnitus Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen behandelten Schwindel-Patienten frühestens nach einem Jahr (und länger) nach ihrer Entlassung befragt (zur Publikation eingereicht). Wir wollten wissen, wie sich unsere, neben dem Tinnitus auch auf Gleichgewichtsstörungen ausgerichtete stationäre neurootologische und psychotherapeutische Behandlung langfristig auswirkt.

Von 96 Patienten, die in den von uns nachvollziehbaren vier Jahren behandelt

wurden, blieben nach Ausschluss der Unfall- und Berufsgeschädigten und derer, die die von uns für sinnvoll erachtete Testdiagnostik nicht vollständig ausgefüllt hatten, 48 Patienten, die angeschrieben wurden. Davon antworteten 23 so, dass eine Auswertung vollständig möglich wurde.

Diese Patienten wurden – bis auf sechs – mit Diagnosen aus dem HNO-Bereich eingewiesen, nachdem die ursprünglich organische Schwindel-Problematik länger anhielt. Das unterscheidet unsere Patientengruppe deutlich von Rehabilitationskliniken und von „rein psychosomatischen Kliniken“, bei denen die psychische Komponente meist allein oder überwiegend im Vordergrund steht.

Nach genauer Diagnostik und testpsychologisch mithilfe des HADS-D (Hospitality Anxiety and Depression Score) am Anfang und Ende der Behandlung wurden diese Patienten stationär neurootologisch und psychosomatisch unter Einbeziehung intensiver Gleichgewichtsübender Verfahren behandelt.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach mindestens einem Jahr (im Durchschnitt 32,5 Monate (SD 15,39)) berichteten 18 von 23 Patienten (78 Prozent) über eine anhaltende Minderung ihrer Schwindelbeschwerden. Diese stand weitestgehend im Einklang mit den Ergebnissen der Testdiagnostik (HADS-D) zur Angst und Depressionsentwicklung. Bei vier Patienten konnte keine Verbesserung erzielt werden; sie blieben in ihren Schwindelempfindungen gleich. Ein Patient, der während des Aufenthaltes schwindelfrei wurde, litt Monate nach der Entlassung wieder unter dem für ihn nicht fassbaren Schwindel.

Dies zeigt, dass – unter den optimalen Bedingungen einer darauf ausgerichteten Klinik – zumindest bei dieser Patientengruppe auch bei anhaltenden Schwindelbeschwerden stabile Verbesserungen langfristig möglich sind. Damit unterscheidet sich das Ergebnis von den eher ernüchternden Ergebnissen einiger übergreifender Untersuchungen (Metaanalysen), bei denen psychotherapeutische Maßnahmen zwar Verbesserungen während der Behandlung zeigen, die dann allerdings meist nicht stabil blieben (Holmberg (2007) und Schmitt (2011)).

Zu dem erfreulichen Ergebnis beigetragen hat sicher eine Körper und Psyche umfassende Diagnostik sowie eine entängstigende Aufklärung. Dabei stand nicht so sehr das Rest-Handicap, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde im Vordergrund der Therapie. Großer Wert wurde auf eine wiederholte medizinische Aufklärung gelegt, was die meisten Patienten auch im Nachhinein als wichtigen Baustein werteten. Dabei waren die Modellvorstellungen von Staab (2012) hinsichtlich einer ausgebliebenen Re-Adaptation ebenso hilfreich wie – insbesondere bei den Menière-Patienten – das Verständnis, warum sich ein „psychogener Schwindel“ genauso anfühlen kann wie der organisch erlebte Menière-Schwindel (nach klassischer und operanter Konditionierung im Verlauf der wiederholten Verstärkungen).

Die Verbesserung ermöglichte auch ein aufeinander abgestimmtes neurootologisches und psychosomatisches Vorgehen. Während die aufrechterhaltenden Faktoren bearbeitet wurden, konnten die einzelnen Schritte in der Gleichgewichtstherapie erlebt werden: Die Problematik und die Verbesserungen wurden spürbar.

Wie wichtig eine ausführliche und die weitere Entwicklung im Auge behaltende Aufklärung ist, zeigt sich an der Bewältigung der auch nach der Entlassung immer noch möglichen und vorkommenden organisch bedingten Anfälle bei den M.-Menière-Patienten. Dazu gehört auch die routinemäßige Aufklärung hinsichtlich der Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen psychogenem und organischem Schwindel.

Da die Häufigkeit des gutartigen Lagerungsschwindels bei Menière-Patienten höher ist und (sowieso) mit dem Alter zunimmt, war es gut, darauf vorbereitet zu werden. So konnten acht (von 23) ihren nach der Entlassung aufgetretenen Lagerungsschwindel zuordnen und – anders als einen Menière-Anfall – selbst oder mit Hilfe beseitigen. Dies kann eine alleinige psychotherapeutische oder psychiatrische Therapie kaum leisten.

Psychotherapeutisch und in der Gleichgewichtstherapie wurde vor allem Wert auf die kognitiven Prozesse und die Umsetzung im direkten Erleben gelegt. Die oft vorhandenen Funktionalisierungen wurden zumindest thematisiert. Der Erfolg – oder Misserfolg zeigt sich dann in der Umsetzung im Alltag.

Dabei mussten wir nicht nach einem „Manual“ vorgehen, sondern es konnte für jeden einzelnen Patienten besprochen werden, wie konkret vorangegangen wird. Fanden sich Angst- und/oder Depressionserkrankungen oder behandlungspflichtige psychiatrische Krankheitsbilder als wesentliche Komorbidität, wurde diese bei der Hälfte der Betroffenen auch medikamentös mitbehandelt.

Am Ende blieben, anders als von Staab (2012) und Schmid (2011) berichtet, die Verbesserungen auch nach der Entlassung überwiegend stabil. Diese positive Entwicklung findet ihre Entsprechung überwiegend auch im psychologischen Screening mittels des HADS.

Maßgeblich dafür ist sicher, dass zwölf der 18 (66 Prozent) anhaltend verbesserten Patienten die erlernten Therapien zu Hause

Literatur

Schaaf, Helmut and Gerhard Hesse: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year. Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. DOI: 10.1007/s00405-014-3447-y

Staab, Jeffrey (2012): Chronic Subjective Dizziness. In: Continuum; 18(5): 1118-1141

Staab, Jeffrey (2006): Assessment and management of psychological problems in the dizzy patient. In: Continuum; 12(4): 189-213

Das vollständige Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 1/2015“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.

weitergeführt und die meisten sogar ambulant ihre Psychotherapie fortgeführt haben.

Bei den fünf Patienten, die trotz anfänglicher Symptominderung im HADS nicht anhaltend profitieren konnten, wiesen alle fünf eine klinisch und testpsychologisch manifeste Angst- oder Depressionserkrankung auf. Bei dreien ließ sich das Schwindelerleben als somatoform (psychogen) klassifizieren. Von den beiden anderen hatte eine Patientin mit einer noch aktiven beidseitigen Menière-Erkrankung und ein Patient nach einem Schlaganfall eine hohe organische Belastung, die ebenfalls zu einer (verständlichen, aber hinderlichen) anhaltenden ängstlichen Beobachtung und depressiver Verarbeitung führte.

So kann auch bei lang anhaltendem Schwindel eine Therapie, die auf neuro-

otologischer und psychotherapeutischer Kompetenz im Verstehen und im Handeln aufbauen kann, erfolgreich sein. Wahrscheinlich bestimmt die psychogene Komponente, wie sie weitestgehend mit dem HADS erfassbar

ist, wesentlich das weitere Schwindelerleben, wenn der somatische oder somatisierende Anteil adäquat angegangen werden konnte. Die dafür notwendige Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber lohnend.



Kontakt zum Autor:

Dr. med. Helmut Schaaf
 Leitender Oberarzt Tinnitus Klinik Dr. Hesse
 Gleichgewichtsambulanz der Klinik Dr. Hesse
 im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen
 Große Allee 50
 34454 Bad Arolsen
 E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net
www.tinnitus-klinik.net
www.drhschaaf.de

Achtung: Fehlerteufel!

Liebe Leserinnen und Leser, in TF 4/2014 hat sich bei dem Artikel „Die Wirkungen der Selbsthilfegruppenarbeit in der DTL“ von Dr. Christopher Kofahl und Prof. Dr. Gerhard Goebel leider auf Seite 21 in Tabelle 5 ein Fehlerteufel eingeschlichen. Die Antwortmöglichkeiten zu der betreffenden Frage lauten nicht „stimme nicht zu (1) bis stimme zu (5)“, sondern heißen korrekterweise „sehr schlecht (1) bis sehr gut (5)“. Wir bitten, dies zu entschuldigen.

	Unabhängige Variablen	β	p
Abhängige Variable: „Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten vier Wochen beurteilen?“ sehr schlecht (1) bis sehr gut (5)	Alter in Jahren	-0,02	0,634
	Geschlecht (weiblich ↑)	-0,02	0,584
	Schulbildung (5 Kategorien: niedrig bis hoch)	-0,01	0,940
	SHG-Beteiligung (↑)	0,04	0,233
	Tinnitus-Belastung	-0,57	<0,001

Tab. 5: Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Alter, Geschlecht, Schulbildung, SHG-Beteiligung und Tinnitus-Belastung (multiple lineare Regression).



PAUL RYBARSCH
HÖRSYSTEME

Auch bei Tinnitus
bieten wir Hilfe

Witten

Johannisstraße 17
02302 - 18 071

Wuppertal-E

Burgstr. 11
0202 - 44 18 80

Bochum

Hellweg 9
0234 - 14 000

Schwerte

Brückstraße 11
02304 - 14 048

Wuppertal-B

Rudolf-Herzog-Str. 5
0202 - 55 72 72

Herne

Viktor-Reuterstr. 6
02323 - 513 36