

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck* mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Schaaf, H.; Hesse, G.

Tinnitus Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen

Patienten mit anhaltendem Schwindel. Eine Nachuntersuchung mindestens 12 Monaten nach einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung

Korrespondenzadresse:

Dr. H Schaaf

**Tinnitus Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen**

**hschaaf@tinnitus-klinik.net
05691 800 339**

Zusammenfassung:

Fragestellung: Patienten mit lang anhaltenden Schwindelbeschwerden gelten als schwer therapierbar. Aufrechterhalten werden kann die Schwindelsymptomatik durch rezidivierende organische Ursachen und durch vielfältige psychogene Faktoren, in der Regel aus dem Angst- und Depressionsbereich.

Psychotherapeutische Interventionen konnten Verbesserungen während der Behandlung zeigen, diese blieben allerdings meist nicht stabil.

Angestoßen durch die Diskussionen um das Konzept des „Chronisch subjektiven Schwindels“ und der Bemühungen um eine DSM Klassifikation sollte untersucht werden, wie sich eine speziell auf Gleichgewichtstörungen ausgerichtete stationäre neurootologische und psychotherapeutische Behandlung auf den Langzeitverlauf auswirkt.

Material und Methode: Nachbefragt werden konnten 23 von 39 angeschriebenen Patienten, die in der Zeit vom 10.1.2009 bis 10.3. 2013 wegen langanhaltendem Schwindelbeschwerden - überwiegend von HNO- und allgemeinmedizinischen Ärzten - eingewiesen wurden. Nach genauer Diagnostik und testpsychologisch mit Hilfe des HADS-D (Hospitality Anxiety and Depression Score) wurden diese Patienten stationär neurootologisch und psychosomatisch unter Einbeziehung intensiver gleichgewichtsübender Verfahren behandelt.

Ergebnisse: 18 von 23 Patienten (78%) erlebten auch nach mindestens 1 Jahr (Durchschnitt 32,5 Monate (SD 15,39)) eine anhaltende Reduzierung ihrer Schwindelbeschwerden. Diese stand weitestgehend im Einklang mit den Ergebnissen im HADS-D. 4 Patienten konnten nicht verbessert werden, ein Patient, der während des stationären Aufenthaltes schwindelfrei wurde, litt Monate nach der Entlassung wieder unter einem für ihn nicht fassbaren Schwindel.

Schlussfolgerungen: Auch bei fortbestehenden Schwindelbeschwerden sind stabile Verbesserungen langfristig möglich. Hilfreich ist dabei ein abgestimmtes neurootologisches und psychosomatisches Vorgehen, das über die Bearbeitung der aufrechterhaltenden Faktoren hinaus in der Lage ist, die mögliche Gleichgewichtsverbesserung auch real zu erleben.

Einleitung:

Patienten mit einem länger anhaltenden (chronischen) Schwindel, der über das somatisch Erklärbare hinausgeht, stellen für Untersucher und Behandler eine vielfältige Herausforderung dar. Dementsprechend vielschichtig akzentuiert sind die Erklärungsmodelle und Konzepte vom „Phobischen Attackenschwindel“ (Brandt Dieterich (1986), über den „Visuellen Schwindel“ (Bronstein 1994), der „Unbehaglichkeit in der Raumbewegung (Jacob et al. 1993) sowie einer ausbleibenden Re-Adaptation als Grundlage eines „Chronisch subjektiven Schwindels“ (Staab 2012).

Dabei weisen Patienten mit einem Schwindel in mehr als einem Drittel der Fälle relevante psychologische Probleme auf (Staab 2012, Staab 2006, Balaban 2002, Best et al 2009). Bei chronischem oder rezidiviertem Verlauf steigert sich die Wahrscheinlichkeit für eine (komorbide) Angst- oder Depressionserkrankung (Staab 2012, Eckhardt-Henn 2009). Zu erwarten wäre, dass deswegen psychotherapeutische Therapieansätze Symptom- (Beschwerde-) mindernd sein sollten. Allerdings lassen Übersichtsarbeiten zwar initiale, aber bislang keine länger anhaltenden Erfolge erkennen (Staab (2012), Schmidt (2011), Holmberg (2007)).

Nachbefragt werden sollten deshalb stationär neurootologisch und psychotherapeutisch behandelte Patienten mit einem länger anhaltenden Schwindel frühestens ein (1) Jahr nach Therapieende. Zu drei Untersuchungszeitpunkten wurde die deutschsprachige Version des Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS) eingesetzt.

Durchgeführte Behandlungselemente

1. Morgendliche Aktivierung mit Bewegung (Walking im Wechsel mit Thai Chi Übungen)
2. Tägliches neurootologisches Counselling und „Eduktion“ (30 Minuten) in einer 10er Gruppe (meist zusammen mit Tinnitus-Patienten)
3. eine auf die individuelle Störung ausgerichtete Gleichgewichtstraining, in dem die Teilnehmer auch an aversive Stimuli und Sensationen herangeführt werden, um dabei das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit zu prüfen und verschiedene Schwindeltrigger habituieren zu können
4. Entspannungstraining (PMR)
5. Tagebucharbeit mit einem Gleichgewichts(!)Tagebuch
6. Neurootologische und psychosomatische Befunderhebung und Verlaufskontrolle mit für den Patienten verstehbarer ärztlicher Besprechung (Einzel mindestens einmal die Woche)
7. Einzel- und Gruppenpsychotherapie beim selben Psychotherapeuten mit
• Kognitiver Umstrukturierung der Schwindel verstärkenden Gedanken
• Expositionsübungen mit vorbereiteter und unterstützter, gestufter Konfrontation mit den einzelnen angst- und schwindelauslösenden Reizen
• Soweit möglich: kritischer Auseinandersetzung mit der Funktion des Schwindel, auch der für den Patienten unbewussten Anteile
• Meistens: Motivierung zur weiteren ambulanten Psychotherapie
8. Wenn nötig: Besprechen der Möglichkeit von Antidepressiva und Einsatz – meist von SSRIs

Tabelle 1: Grundelemente der durchgeführten stationären Behandlung

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Material und Methode:

Zwischen dem 10.1.2009 und dem 10.3. 2013 wurden 76 Patienten primär wegen einer länger anhaltenden Schwindelerkrankung aufgenommen. Für die Untersuchung ausgeschlossen wurden 29 Patienten, die – eingewiesen durch die Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse – ein unfallausgelöstes Leiden aufwiesen, das kaum beeinflussbare aufrechterhaltende Faktoren hätte aufweisen können und 8 Patienten, bei denen die Testdiagnostik (HADS) unvollständig geblieben war.

Angeschrieben wurden so 39, davon antworteten 27 Patienten. Von den diesen wurden 3 ausgeschlossen, die im Weiteren eine andere organische Erkrankung mit Schwindel (Augenerkrankungen, Spinalstenose) entwickelt hatten. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde eine absolute Besserung nach einer Innenhrausschaltung bei einem M. Menière. Es blieben am Ende n= 23.

Testdiagnostik:

HADS-D (Hospitality Anxiety and Depression Score) (Herrmann et al. (1995)

Die HADS-D wurde am Beginn und Ende der stationären Therapie sowie zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eingesetzt. Damit sollen Angst und Depressivität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden erfasst werden

Die Angstskala (HADS- A) umfasst die Komponenten der generalisierten Angstsymptomatik und das Auftreten von Panikattacken. Die Depressionsskala (HADS- D) erfragt die Symptome der Anhedonie (Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs). Die Angstskala hat einen Cutoff- bei Werten von 10/11, die Depressionsskala einen Cutoff bei 8/9 Punkten.

Statistik

Data were analysed using two-factorial analysis of variance (ANOVA) with the factors time and group, in order to test for differences in HADS-A and HADS-D between the different time points and potential interactions with subjective dizziness development. Post-hoc tests (Bonferroni-corrected) were used to determine differences between specific time points (end of therapy and 12 month later with respect to begin of therapy).

Ergebnisse:

Alter und Geschlecht

16 der Untersuchten waren männlich, 7 weiblich mit einem Durchschnittsalter von 56,6 Jahren (SD 12) (22-66).

Aufenthaltsdauer und Nachuntersuchungszeitraum

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 40,39 Tage (SD 14), die durchschnittliche Nachuntersuchungszeit 35,2 Monate (SD 15,39).

Diagnosen:

Als von uns gestellte Diagnosen fanden sich

- 8 mal ein anhaltender Schwindel nach einem Gleichgewichtsausfall, davon drei kompliziert durch einen intermittierenden Lagerungsschwindel, weitere drei wurden symptomatisch zum führenden Symptom einer Somatisierungsstörung
- 8 mal ein M. Menière, davon zwei beidseits
- 1 mal eine bilateraler Vestibularis-Ausfall
- 2 nicht otogene Ereignisse: ein bis dato nicht aufgeklärtes gastrointestinales Ereignis und ein nach Knieoperation „aus dem Tritt gekommener“ Tinnitus-Patient, der als M. Menière verkannt wurde
- 2 als M. Menière verkannte Vestibularismigräne
- 2 primär somatoforme Störungen, die sich (defintionsgemäß) für den Patienten somatisch ausdrückten

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Psychisch komorbide Patienten entlang des Hospitality Anxiety and Depression Score:

15 Patienten scorten entweder im HADS A ≥ 10 und/ oder im HADS D ≥ 8 :

11 scorten im HADS- A \geq mit gleichzeitig 6 mal HADS D ≥ 8 ;

4 scorten im HADS-D ≥ 8 , blieben aber beim HADS-A unterhalb des cut-offs.

Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS)-A

Der Durchschnittsausgangswert betrug 9 (SD= 3,1) (n=23), der Abschlusswert bei Entlassung 4,8 (SD= 3,2), der Stichprobenwert nach mindestens einem Jahr (Durchschnitt 35,2 Monate) betrug 4,3 (SD= 3,4) (n=23).

Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS)-D

Der Durchschnittsausgangswert betrug 6,6 (SD 3,5) (n=23), der Abschlusswert bei Entlassung 3,0 (SD 3,0), der Stichprobenwert nach mindestens einem Jahr (Durchschnitt 35,2 Monate) betrug 3,1 (SD 3,0) (n=23).

An analysis of variance with repeated measurements using the factors time and group showed (similar to the HADS-A) a significant main effect of the factor time ($F(2, 42)= 10.831, p<0.001$), a significant effect of the factor group ($F(1, 21)= 4.352, p=0.049$), whereas no significant interaction was found between the factor time and group membership ($F(2, 42)= 1.614, p=0.211$).

There was a significant difference in the post-hoc comparison with Bonferroni correction between the baseline values in HADS D and both the time of discharge ($p<.001$ ($p=.003$ (mean difference= 3.189, SD = .841) and the time of follow-up ($p=.006$ (mean difference= 2.728, SD = . 769)

Subjektive Schwindelentwicklung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (n=23):

18 schätzten in Schwindelbeschwerden zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als gemindert ein.

Vier erlebten ihren Schwindel als unverändert. Bei einem (1) Patienten, der während seines Aufenthaltes den Schwindel ganz verlor, stellte sich dieser wieder – als Verschlechterung erlebt – 1 Jahr nach der Entlassung erneut ein.

Schwindelentwicklung in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Von den 15 psychisch komorbiden Patienten (mit Werten oberhalb des cut-offs im HADS) erlebten 10 ihren Schwindelerleben zur Nachuntersuchung vermindert, 4 blieben unverändert, einer wurde nach initialer Verbesserung während des Aufenthaltes im Anschluss wieder schlechter

Die 8 Patienten, die im HADS unterhalb der cutoff-Werte blieben, erlebten ihren Schwindelerleben zur Nachuntersuchung vermindert.

HADS Entwicklung bei den nicht anhaltend verbesserten Patienten

Bei den 4 Patienten ohne anhaltende Symptomverbesserung (57 bis 60 Jahren, 2 männlich, zwei weiblich; durchschnittlich 47 Tage Behandlung und 23,7 Monate Nachuntersuchungszeitraum) zeigen sich im HADS A initial positive Entwicklungen zum Therapieende, die zweimal anhielten und sich zweimal wieder rückentwickelten, aber nicht bis zum Ausgangswert am Therapiebeginn.

Im HADS-D zeigten sich initial bei drei eine Minderung und bei einer Patientin eine Zunahme, die im Verlauf aber doch noch unter den Anfangswert absank. Bei zwei war der Erfolg nachstationär nicht zu halten.

Der eine (1) Patient, der nach einem stattgehabten Gleichgewichtsausfall während des Aufenthaltes vollständig symptomfrei wurde (Messpunkt 2) und nun wieder unter Schwindel leidet, wies vorab depressive Phasen und eine schon lange bestehende Somatisierungsstörungen auf. Diese wird verstärkt bei als „Mobbing“ erlebten Situationen, wofür trotz der stationären Therapie kein anhaltend besserer Umgang erarbeitet werden konnte.

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Was hat – im Nachhinein und subjektiv während der stationären Bearbeitung geholfen?

(Mehrfachnennungen waren möglich, daher Werte über 100 %).

Als hilfreich angekreuzt wurde

- die medizinische Er- und Aufklärung: 21 Mal,
- das mehrfach wöchentlich Gleichgewichtstraining 15 Mal
- die hochfrequente Einzel- und Gruppenpsychotherapie 15 Mal,
- der Einsatz von Antidepressiva, (Citalopram und/oder Mirtazapin) 4 Mal

13 Befragte kreuzten alle drei Elemente von medizinischer und psychotherapeutischer Arbeit sowie dem Gleichgewichtstraining an, daher ergeben sich kumulative Werte über 100 %.

Was wurde nach dem Aufenthalt weitergeführt?

(Mehrfachnennungen waren möglich, daher Werte über 100 %).

- 9 ambulante Psychotherapie 9
- Gleichgewichtstraining 16
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen 15
- regelmäßige ärztliche Unterstützung 5
- keine Folgeaktivitäten. 2

Tabelle 2: Rohwerte aus der Testdiagnostik HADS-A, HADS- D und DHI

Schwindel- entwicklung A weniger B gleich C schlechter	Aufent- halts- dauer (Tage)	Nachunter- suchung (Monate)	HADS- A	HAD S-A	HAD S A	HAD S-D	HAD S-D	HADS- D	DHI
			1	2	3	1	2	3	
A	58	37	0	0	1	0	0	0	0
A	52	13	8	3	3	2	2	3	0
A	36	36	7	3	3	7	2	0	20
A	30	45	9	3	1	2	0	1	0
A	29	29	6	7	5	3	4	4	26
A	41	54	6	1	1	3	0	1	46
A	22	48	8	6	2	4	3	3	0
A	31	25	10	8	14	4	1	2	0
A	49	56	10	1	0	5	2	0	20
A	29	12	8	4	2	6	1	1	10
A	43	54	11	0	2	6	0	0	0
A	36	19	8	4	4	8	1	1	0
A	22	29	8	12	4	8	8	4	24
A	27	53	11	8	3	9	7	1	30
A	34	12	12	6	5	9	0	1	4
A	57	43	15	8	7	10	4	5	36
A	57	33	11	3	3	12	2	3	0
A	56	36	12	8	8	15	8	10	76
B	43	47	11	6	10	6	4	4	40
B	43	18	9	6	5	8	5	7	18
B	29	12	10	6	8	8	6	10	33
B	76	18	13	8	7	8	10	6	32
C	29	19	5	0	1	8	0	4	34

Tabelle 2: HADS-A, HADS- D und DHI, ergänzt durch die Aufenthaltsdauer und Nachuntersuchungszeit, gelistet nach der subjektiven Schwindelentwicklung

1: Therapiebeginn; 2 Therapie Ende, 3 Nachuntersuchungszeitpunkt - mindestens 12 Monate nach Entlassung

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Diskussion:

Schwindelpatienten gelten – auch wegen der oft nicht eindeutigen Zuordnung von physischem und psychischem Verlust des Gleichgewichts als „schwierig“. Psychische Aspekte werden - trotz hoher psychischer Komorbidität - erst behandelt, wenn die organische Behandlung abgeschlossen erscheint.

Unsere Patienten wurden überwiegend mit Diagnosen aus dem HNO Bereich (17 von 23) eingewiesen, nachdem die Schwindel-Problematik länger anhielt, als dies hätte allein aus organischen Gründen sein sollen. Dies war meist verbunden mit einer starken Beeinträchtigung der Berufs- und Alltagsaktivitäten.

Dabei waren die anhaltenden Schwindelerlebnisse mit der in Bewegung erlebten Rauminkonstanz zu großen Teilen mit den Vorstellungen Staabs (2012) hinsichtlich einer nicht gelungenen Re-Adaptation vereinbar. Als aufrecht erhaltend konnten dabei – anders als von Staab (2012) diskutiert – bei der Aufrechterhaltung der Schwindelerlebnisse Prozesse der klassischen und operanten Konditionierungen gesehen werden. Diese sehen wir, wie u.a. von Eckhardt- Henn (2009) beschrieben, vor allem bei rezidierten Erkrankungen wie dem M. Menière (Schaaf/Haid 2003). Meist resultierte ein Vermeidungsverhalten, das noch die bis dahin vorhandenen Fähigkeiten weiter schwächte.

Von praktischer Bedeutung ist dabei die Beobachtung Balabans (2011) und Staabs (2012), dass das vestibuläre System sowohl durch organisch bedingte Hemmungen wie auch durch angstinduzierte Prozesse gemindert werden kann.

Wie bei Staab (2006) und Eckhardt-Henn (2009) zeigt sich mit ca. 68% (15 von 23 = 65%) eine hohe psychogene Komorbidität, die durch den HADS als einem relativ einfachen Screening Test erfasst werden kann. Allerdings blieben diese auch bei sieben unserer Patienten subklinisch (35%) oder eben nicht allein mit den Möglichkeiten des HADS erfassbar. Dies würde mit dem Konzept Staabs übereinstimmen (2012), der zwar häufig, aber eben nicht notwendiger Weise eine klinisch manifeste Komorbidität beschreibt.

Grundlage der Therapie musste deswegen eine Soma und Psyche umfassende Diagnostik sowie eine entängstigende Aufklärung sein. Dabei sollte nicht so sehr das Rest-Handicap, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde im Vordergrund der Therapie stehen. Wie bei Brandt und Dietrich (2012) liegt ein großer Wert auf dem Counselling und der Psychoeduktion. Dabei waren die Modellvorstellungen von Staab (2012) hinsichtlich einer ausgebliebenen Re-Adaptation hilfreich. Psychotherapeutisch wurde vor allem auf die kognitiven Prozesse und die Umsetzung in sensu und situ Wert gelegt. Vorhandene Funktionalisierungen wurden zumindest thematisiert. Der Erfolg – oder Misserfolg zeigt sich dann im Erleben des Gleichgewichts- in der darauf ausgerichteten Gleichgewichtstherapie und in der Umsetzung im Alltag (Tschan et al. 2012). In der Gleichgewichtstherapie geht es dabei explizit über die grundlegende körperliche Stabilisierung - wie bei Cawthorne (1969) und Cooksey (1946) - hinaus um Expositionsübungen mit vorbereiteten und unterstützten gestuften Konfrontationen mit den einzelnen schwindelauslösenden Reizen

Diese Arbeit wird von einem Team aus psychotherapeutisch Zusatz-ausgebildeten Neurootologen, klinisch orientierten Psychotherapeuten und speziell ausgebildete Cotherapeuten erbracht. Dabei wird nicht nach einem „Manual“ vorgegangen, sondern für jeden einzelnen Patienten besprochen, wie konkret vorangegangen wird.

Finden sich Angst- und/ oder Depressionserkrankungen oder behandlungspflichtige psychiatrische Krankheitsbilder als wesentliche Komorbidität, kann es sinnvoll sein, diese auch medikamentös zu behandeln. Staab (2012) beschreibt ausführlich die Behandlung mit Serotonin Wiederaufnahme Hemmern (SSRI) wie Paroxetin, Citalopram, Sertralin. Unabhängig vom Schwindel hat sich auch bei uns gezeigt, dass die Wirksamkeit der Antidepressiva maßgeblich von der Aufklärung und der – oft erst zu gewinnenden - Compliance des Patienten abhängt (Kocsis 2009).

Dass sich die Patienten in diesem Rahmen im Laufe der Behandlung verbessern, darf erwartet werden. So lassen sich, wie bei Staab (2012) Holmberg (2007) Edelman et al (2012), Mahoney et al (2013) und in dem Überblick

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness.

A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

von Schmitt (2011), auch bei uns – ausweislich des HADS-A 20 von 23 (87%) und des HADS-D 18 von 23 (78%) Verbesserungen am Therapieende finden.

Ebenso finden sich im post-hoc Vergleich mit Bonferroni-Korrektur sowohl zum Entlassungszeitpunkt wie zum Nachuntersuchungszeitpunkt signifikante Verbesserungen zu den Ausgangswerten im HADS A und HADS D.

Anders als von Staab (2012) und Schmid (2011) berichtet, bleiben die Verbesserungen hinsichtlich des Schwindelerleben überwiegend (18/23 = 78%) mindestens 1 Jahr nach der Entlassung stabil. Diese positive Entwicklung findet ihre Entsprechung überwiegend auch im psychologischen Screening mittels des HADS.

Nach den aus dem Fragebogen ermittelten Angaben wurde das Zusammenwirken neurootologischer und psychotherapeutischer Kompetenz mit einem darauf abgestimmten Gleichgewichtstraining als wesentlich empfunden. Betrachtet man die im weiteren Verlauf noch - organisch bedingten - Rezidive bei den M. Menière Patienten und die Fälle von zusätzlich aufgetretenem Lagerungsschwindel, so wird auch die routinemäßige Aufklärung hinsichtlich der Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen psychogenem und organischen Schwindel sowie die Anleitungen zur Beseitigung des Lagerungsschwindels hilfreich gewesen sein (Schaaf 2011). Dies kann eine alleinige psychotherapeutische oder psychiatrische Therapie kaum leisten.

Relevant für den weiteren Verlauf erscheint, dass 12 der 18 (66%) anhaltend verbesserten Patienten zu Hause die erlernten Therapien weitergeführt haben, die meisten sogar die ambulante Psychotherapie.

Limitierungen:

Diese Nachuntersuchung wurde angestoßen durch die Diskussionen um das Konzept des „Chronisch subjektiven Schwindels“ und den Bemühungen um eine DSM Klassifikation. Dazu haben wir bereits vor mindestens einem Jahr behandelte Patienten befragt. Für die Auswertung konnten wir nur die berücksichtigen, die am Anfang und am Ende der Therapie auch den bei uns standardmäßig eingesetzten HADS ausgefüllt hatten. Der DHI war bis dahin noch nicht Teil unserer Standarddiagnostik, so dass hierzu kein Vergleich mit dem Ausgangswert möglich war.

Beachtet werden muss die Besonderheit der Stichprobe, die sich überwiegend aus Patienten mit primären peripheren Gleichgewichtserkrankungen zusammensetzte. Diese entsprechen weitestgehend dem Konzept des Chronic Subjectiv Dizziness, sie blieben anders als in überwiegend psychotherapeutischen Stichproben fast alle unterhalb des Bereiches schwerer Depressions- und Angsterkrankungen, was die Prognose auch deutlich günstiger ausfallen lässt (Eckhardt-Henn 2009). So wiesen in der Gruppe derer, die trotz anfänglicher Symptominderung im HADS nicht anhaltend profitieren konnten, alle fünf eine klinisch und testpsychologisch manifeste Angst- oder Depressionserkrankungen auf, die bei dreien das Schwindelerleben als somatoform (psychogene) klassifizieren ließen. Die beiden anderen hatten mit der rezidierten beidseitigen Menière-Erkrankung und einem vorangegangenen ZNS Insult eine hohe organische Belastung, die eben zu ängstlicher Beobachtung und depressiver Verarbeitung führt.

Fazit:

Auch bei lang anhaltendem Schwindels kann oft eine Therapie, die auf neurootologischer 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.

Schaaf u Hesse : Nachuntersuchung von Patienten mit anhaltenden Schwindel-Erkrankungen nach mindestens 12 Monaten einer stationären neurootologisch – psychosomatischer Behandlung.

Im Druck für European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck mit dem Titel: Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year

Literatur:

- Balaban, CD, Jacob, RG, JF (2011) Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications. *Expert Review of Neurotherapeutics* Vol. 11 (3) 379-394 , DOI 10.1586/ern.11.19
- Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M (2009) Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes : Results of a prospective longitudinal study over one year *J Neurol*, 256(1) 58-65
- Brandt, TH., Dieterich M (1986) Phobischer Attackenschwindel. *MMW* 128: 247-250
- Brandt, T, Dieterich, M., Strupp, M. (2012) Vertigo. Leitsymptom Schwindel. 2. Auf. Steinkopff, Darmstadt
- Bronstein AM (1995) Visual vertigo syndrome: clinical an posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* ; 59(5): 472-6
- Cawthorne TE, Friedmann G (1969) Head movement exercises in the therapy of disorders of the equilibrium. *Schweiz Med Wochenschr* 99:156-158
- Cooksey FS (1946) Rehabilitation in vestibular injuries. *Proc R Soc Med* 39: 273-278
- Eckhardt-Henn, A, Tschan, R, Best C, Dieterich, M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome *Nervenarzt* 80:909–917
- Herrmann, Ch., Buss, U., Snaith, R. P (1995) HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber.
- Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Magnusson, M (2007) One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neurol*;254:1189e92.
- Edelman S; Mahoney AE; Cremer PD (2012) Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial *American journal of otolaryngology*; VOL: 33 (4)395-401
- Godemann F, Schuller J, Uhlemann H (2009) Psychodynamic vulnerability factors in the development of panic disordersda prospective trial in patients after vestibular neuritis. *Psychopathology* 2009;42: 99e107.
- Jacob, RG, Woody SR, Clark DB (1993) Discomfort with space an motion: a possible marker of vestibular dysfunction by the situational Characteristics Questinoaire. *J Psychopathol Behav Assess*, 15(4): 299-325
- Kocsis, James H.; Leon, Andrew C.; Markowitz, John C.; Manber, Rachel; Arnow, Bruce; Klein, Daniel N.; Thase, Michael E. (2009) Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 70(3), Mar 2009, 354-361. doi: 10.4088/JCP.08m04371
- Kurre A, van Gool CJ, Bastiaenen CH, Gloor-Juzzi T, Straumann D, de Bruin ED (2009): Translation, cross-cultural adaptation and reliability of the German version of the Dizziness Handicap Inventory. *Otol Neurotol.*, 30(3): 359-67
- Mahoney A; Edelman S; D Cremer P (2013) Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: longer-term gains and predictors of disability *American journal of otolaryngology*: 34 (2); p. 115-20
- Marks I (1981) Space „phobia“: A pseudo-agoraphobic syndrome: *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, In: Arbeitskreis OPD (Hrsg.) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 – Das Manual für Diagnose und Therapieplanung*. Huber, Bern, S 44:387–391
- Schaaf, H., Kastellis G. (2013): Wenn die Seele den Halt entzieht. *Psychosomatischer Schwindel. CME. HNO Nachrichten* 5: 44-52, DOI: 10.1007/s00060-013-0129-0
- Schaaf, H (2011) Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. 3. Aufl. Asanger, Kröning.
- Schaaf H, Haid C-T (2003) Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. *Dtsch Arztebl* 13: 853–857
- Schmid, G, Henningsen, P, Dieterich, M, Sattel, H, Lahmann C (2011) Psychotherapy in dizziness: a systematic review *J Neurol Neurosurg Psychiatry*;82:601e606. doi:10.1136/jnnp.2010.237388
- Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. *Continuum*; 18(5): 1118-1141
- Staab (2006) Assessment and management; of psychological problems in the dizzy patient. *Continuum*. 189-213
- Tschan R; Eckhardt-Henn A; Scheurich V; Best C; Dieterich M; Beutel M (2012) Standfest? Erste Ergebnisse der Entwicklung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenschulungsprogramms zur Behandlung des somatoformen Schwindels.] *Psychother Psychosom Med Psychol*;62(3-4):111-9

Anhang: Ggf. als link zu unserer Klinikhomepage

Der eingesetzte Fragebogen

Was war für Sie das wichtigste bei der Schwindelbewältigung?

- Ärztliche (neurootologische) Aufklärung:
 - Habe ich für mich verstanden, wie der Schwindel zustande gekommen ist, ja - nein
 - Habe ich für mich verstanden was ihn aufrechterhalten hat ja - nein
 - Habe ich für mich verstanden ,und was ich verändern kann ja - nein
- Gleichgewichtstraining (Thai Chi):
 - Habe ich erlebt, dass der Schwindel zugunsten der vorhandenen oder auszubauenden Gleichgewichtsfähigkeiten überwunden werden kann ja - nein
- Psychotherapie:
 - Habe ich wichtige Faktoren, die zum Schwindel geführt haben und /oder den Schwindel aufrechterhalten haben, bearbeiten können, so dass das veränderbare vorstellbar oder erlebbar wurde ja - nein
- Medikamente:
 - Haben die Antidepressiva wesentlich zur Überwindung des Schwindels beigetragen oder gar den Schwindel überwunden. ja - nein

Wie ist es zu Hause weitergegangen:

Wie hat sich der Schwindel weiter verhalten?

- weniger geworden?
- gleich geblieben?
- verschlechtert?
 - Ist bei einem M. Menière die zweite Seite hinzugekommen? ja - nein
 - Ist eine andere Schwindelerkrankung zusätzlich aufgetreten ja - nein
 - Migräne ja - nein
 - Gutartiger Lagerungsschwindel ja - nein
 - sonstiges ja - nein

Ist sonst etwas geschehen, dass sich ggf. der Schwindel wieder verschlechtern konnte?

Was haben Sie weiter durchgeführt – wie lange – was machen sie jetzt noch:

- Psychotherapie ja - nein
- Gleichgewichtstraining ja - nein
- PMR ja - nein
- Regelmäßige Arztbesuche ja - nein
- Ein weiterer stationärer Aufenthalt? ja - nein
- Ggf. in einer anderen Klinik, wenn ja wo:

Möchten Sie uns in eigenen Worten noch etwas mitteilen? (offener Platz für Antworten)