

Newsletter 2/2009

Ausbleiben der Habituation und/oder reaktiver psychogener Schwindel?

Einer der häufigsten Ursachen für Schwindelereignisse ist der komplette oder teilweise Ausfall eines Gleichgewichtsorgans (Vestibularisausfälle), ob sie nun - fraglich - infolge mangelnder Durchblutung oder aufgrund eines viralen Infektes eingetreten sind.

Dabei ist es heute möglich mit Hilfe einer gezielten Diagnostik weitestgehend, schon initial das Ausmaß des Gleichgewichtsausfalles zu bestimmen, auch um eine Prognose hinsichtlich des zu erwartenden Erfolges treffen zu können, was für viele berufstätige Menschen von besonderer Wichtigkeit ist.

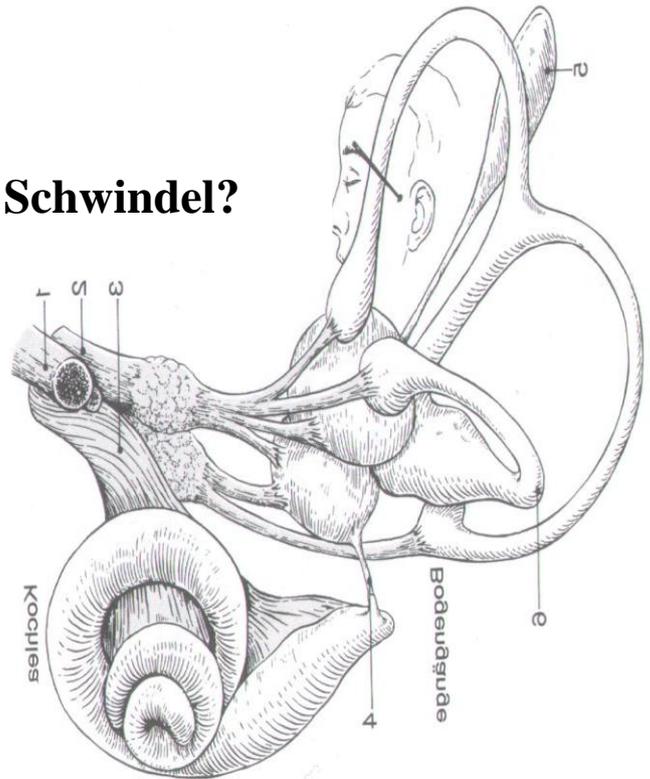
Wegweisend für die Diagnose sind sicherlich dabei die Anamnese und die Feststellung entweder des Spontannystagmus oder einer Rückstellsakkade beim - im letzten Rundbrief vorgestellten - Kopf-Impuls-Test.

Differenzierter lässt sich in der Kombination einer kalorischen Prüfung, verbunden mit dem Wendetest nach Westhofen, und der Bestimmung der vestibulären evozierten myogenen Potentiale (VEMP) eine Aussage darüber treffen, ob das komplette Gleichgewichtsorgan und der komplette Vestibularisnerv getroffen ist oder „nur der inferiorere (untere) Anteil“ mit dem Sacculus.

In aller Regel erholen sich die meisten Patienten wieder von einem Vestibularisausfall, wobei aus verständlichen Gründen das Ausmaß des Primärschadens ebenso prognosebestimmend ist wie Reparaturmechanismen auf zellulärer Ebene und vor allem zentrale Kompensationsvorgänge.

Letztere können dann umso effektiver schneller und weitestgehender greifen, je mehr schon frühzeitig rehabilitativ gearbeitet werden kann (dazu aus meinem Buch „Psychotherapie bei Schwindel“).

Im Verlauf kann dann mit einer ständigen Verbesserung gerechnet werden, die am Anfang schnell größere Fortschritte zeigt und nachher langsam kleinere.

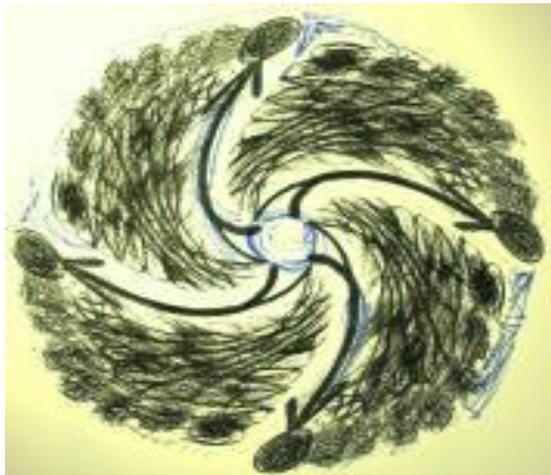


Dabei ist es durchaus möglich, dass sich nach dem Vestibularisschaden gehäuft ein gutartiger Lagerungsschwindel zeigt (wenn der untere Anteil des Vestibularisnerven mit dem hinteren Bogengang ausgespart bleibt). Dieser muss als Krankheitsbild erkannt und nicht als Rückfall oder psychogener Schwindel verkannt werden. Anders als der Vestibularisschaden kann er zeitnah und fast komplett beseitigt werden kann.

Trotzdem entwickelt sich nicht selten nach dem Gleichgewichtsausfall mit all der dabei auch erlebten Verunsicherung und Angst ein reaktiver psychogener Schwindel. Dieser wird oft und kontraproduktiv von weiterer Angst und Vermeidung selbst von eigentlich noch möglichen Aktivitäten aufrechterhalten und verhindert die weitere Habituation, die das aktive Üben und mutige Voranschreiten braucht.

Die Differenzierung zwischen diesen beiden Schwindelformen lässt sich teilweise durch klinische Funktionsprüfungen wie dem Rombergttest und dem verschärften Rombergttest überprüfen, sie lässt sich aber auch qualitativ besonders durch die Drehstuhlprüfung erfassen (s. S. 2)

Der „VOR“ im Drehstuhl: Die rotatorische Prüfung



Bei Fragen der Begutachtung, der Dokumentation eines Therapieverlaufs sowie zu dessen prognostischer Einschätzung und zur Abgrenzung eines psychogenen Schwindels etwa von einem verbleibenden Habituationsdefizit nach einer peripheren Vestibulopathie kann die Untersuchung der Bogengangfunktion mittels Überprüfung und Dokumentation des Vestibulo- okulären Reflexes (VOR) sinnvoll sein.

Als Prüfungsmethoden für die klinischen Untersuchungen stehen die thermische Untersuchung des Gleichgewichtsorgans, die okulomotorische Untersuchung (Optokinetik) und die Drehprüfung (Pendelstuhl) zur Verfügung.

Speziell rotatorische Prüfungen (Drehstuhlprüfungen) können sinnvoll sein:

- Zur Feststellung des Kompensationsgrades in der Langzeitbeobachtung beim Vestibularisausfall, insbesondere im Rahmen von Gutachten
- bei Nichttoleranz (Schmerzempfindung) der kalorischen Testverfahren
 - etwa bei Kindern
 - Entzündungen des äußeren Gehörganges (Otitis externa; Herpes zoster oticus, Grippeotitis)
 - Zusatzuntersuchung bei Uneindeutigkeit der konventionellen Testverfahren

Durch rotatorische Test kann – frequenzabhängig – der Vestibulo-Okuläre Reflex ausgelöst und beobachtet werden.

Der Drehreiz versucht die langsame und schnellen Drehbeschleunigung nachzuahmen, die während des Stehens und Gehens zustande kommt.

Inzwischen ist es möglich, über motorbetriebener Drehstühle die Messparameter genau einzustellen. Dabei können die Winkelgeschwindigkeit, die Anzahl der Pendelbewegungen und der Auslenkungsgrad vorgegeben werden.

Physiologie der Drehprüfungen

- Die Beschleunigung führt zu einem gleichgerichteten Nystagmus
- Eine Bewegung konstanter Geschwindigkeit stellt keinen Gleichgewichtsreiz dar
- Eine Beschleunigung nach rechts führt zu einem Rechtsnystagmus (Perrotatorius)
- Eine Bremsung aus der Rechtsdrehung führt zu einem Linksnystagmus (Postrotatorius)

Die Drehstuhl-Prüfung ist – im Gegensatz zur kalorischen Prüfung - ein **physiologischer** Test zur **beidseitigen** Funktionsfähigkeit des horizontalen VOR – und ggf. seiner Modifikation durch den „mit zentrifugierten“ Utrikulus und seiner zentralen Verarbeitung.

Eine Drehprüfung kann Auskunft geben über

- Die Funktionsfähigkeit beider horizontalen Bogengänge ,in Abhängigkeit von
 - der Utrikulusfunktion
 - der Vigilanz (zirkadiane, interindividuelle Unterschiede)
 - (vielleicht auch des psychischen Zustandes: Depression und Angst)
 - des Einflusses der Medikation (v.a. Sedativa oder anderer zentral beeinflussende Medikamente)
- die Tonusdifferenz etwa bei inkompletter Vestibularisläsionen
- Anteile zentrale Störungen
- den Kompensationsgrad unter Hinzuziehung anderer Vestibularisbefunde



Helmut Schaaf

Gleichgewicht und Schwindel der Seele. 4. Auflage

München/Wien. Profil-Verlag. 2007, 92. S., 16 z.T. farbige Abb., 17 €

Nichts scheint selbstverständlicher als ein funktionierendes Gleichgewicht. Umso erschreckender wird sein Schwinden erlebt. Im Schwindel hat man im wahrsten Sinn des Wortes das Gefühl, dass einem „der Boden unter den Füßen weggezogen“ wird. Das geht oft mit Übelkeit, manchmal Erbrechen und Herzklopfen und – verständlicherweise – Angst einher.

Erbarmen mit den Lehrern und Lehrerinnen?

Ist es gerechtfertigt, Lehrern und Lehrerinnen als Berufsstand besondere Aufmerksamkeit zu schenken?

Tatsache ist, dass Lehrer als Privatpatienten gerne gesehen werden und als Berufsgruppe wahrscheinlich eben so gefürchtet und vorab klassifiziert werden, so dass es sich lohnt, das Allgemeine zu verstehen, um hinter dem Beruf (den) noch den Patienten als Individuum zu sehen.

Das Besondere für Lehrer ist, dass sie, wie nur wenige andere Berufsgruppen, der öffentlichen Inanspruchnahme, Beobachtung und Bewertung ausgesetzt sind.

Man stelle sich vergleichsweise vor, Therapeuten müssten ihre Therapie unter den Augen der Angehörigen und der interessierten Öffentlichkeit über eine längere Zeit als 3 Monate Tag für Tag mit der gleichen Gruppe durchführen, möglicherweise auch noch unter öfters wechselnden Konzepten.

Wie ungünstig sich die nur selten freudige Inanspruchnahme, die eher missgünstige Beobachtung und die eher unguete öffentliche Bewertung der Lehrer (faule Säcke als Wahlkampflogan eines angehenden Kanzlers, „Halbtagsjobber“ als Buchtitel etc.) auf die Arbeitsfähigkeit auswirken kann, zeigt eine umfangreiche Studie der Arbeitsgruppe um Schaarschmidt 2003 und 2005.

Lehrer sollen in einer zunehmend beziehungsverwahrlosten Gesellschaft auch noch Sozialarbeiter, Streetworker, Psychologen, Philosophen, Wertevermittler, lebendige Vorbilder und engagierte Freizeitgestalter sein, um nur einige der ihnen inzwischen angedienten Aufgaben zu nennen.

Auf der anderen Seite des Pults findet sich ein Schüler-Klientel, das in den letzten Jahrzehnten sicherlich nicht an Motivation dazu gewonnen hat und dessen Bereitschaft, sich in ehemals gut strukturierte Unterrichtssituationen zu begeben, deutlich abgenommen hat.

Dahinter stehen (oft vereinzelt und getrennt agierende) Elternteile, die zwar erziehungsberechtigt sind, aber immer weniger Erziehung praktizieren. Meist selbst überbeansprucht stellen sie hohe Anforderungen an die Profis und „die Gesellschaft“, deren Teil sie sind.

Daraus resultiert eine Aufgabenstellung, die kaum jemand allein adäquat ausfüllen kann und nicht selten Erkrankungen insbesondere im psychischen Bereich und dort insbesondere im Bereich der Somatisierungsstörungen nach sich ziehen kann.

Nun stellen Somatisierungsstörungen schon an sich eine Herausforderung in der Kommunikation und auf der Beziehungsebene dar.



Dabei zeigt sich das Krankheitsbild zwar körperlich, ist aber seelisch begründet, was dem Außenstehenden offensichtlicher erscheinen kann, als dem Betroffenen.

Dies gilt auch für Lehrer, selbst wenn sie sonst als, wenn schon nicht als allwissend, dann doch als besserwisserisch erlebt werden. Gerade bei ihnen müsste es doch einfach erscheinen, seelische Zusammenhänge anzunehmen und zu verstehen. Tatsächlich machen sie es den Therapeuten ebenso wie die anderen Patienten schwer, Introspektionsfähigkeit und Motivierbarkeit für eigene Veränderungen zu erkennen.

In diesem Sinne teilen Lehrer das Schicksal der anderen Patienten, wenn sie ein körperlich empfundenen Symptom haben, das – von Arzt und Patient – so nicht verstanden wird. Hier kann es sich ungünstig auswirken, dass sie dann als Privatpatienten dennoch trotz allen Unverständnisses scheinbar vorkommend behandelt werden und sich so eine Negativspirale, oft gehemmter Aggressionen entwickelt, die weder den Betroffenen, noch der Gesundheitsverarbeitung dient. Die Folge kann sein, dass psychosomatische Probleme bei Lehrern nicht selten entweder aggravierend wahrgenommen und oft unzureichend behandelt werden.

So kann es dann doch gerechtfertigt sein, sich die Anforderungen, Zwickmühlen und Beziehungskonstellationen zu vergegenwärtigen, denen sich Lehrer und Lehrerinnen täglich ausgesetzt sehen.

Literatur:

Schaaf, H (2008) Erbarmen mit den Lehren. Asanger.

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2003). AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger .

Schaarschmidt, U. (Hrsg.). (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. Weinheim Beltz.

Einladungen nach Bad Arolsen für Kollegen und Patienten



4. und 5. September 2009

18. Jahrestagung der Vereinigung Mitteldeutscher HNO-Ärzte

Schwerpunktt Themen werden die Allergologie, die palliative Tumorthherapie und die Behandlung von Innenohrerkrankungen und Tinnitus und Gleichgewichtsstörungen sein

Dazu werden kompetente Referentinnen und Referenten eingeladen; auch ein berufspolitisches Thema wird zusammen mit dem HNO-Berufsverband vorbereitet.

Freie Vorträge oder Poster können zu diesen Schwerpunkten, aber auch zu freien Themen angemeldet werden.

Bad Arolsen als Barockstadt und zugleich „Stadt des Hörens“ lockt mit einem zauberhaften Stadtbild, kurzen Wegen und familiärer Atmosphäre. Unseren Gesellschaftsabend werden wir stilvoll im Barockschloss feiern können.

5. September 2009

Tinnitus Symposium

Im Anschluss an die Jahrestagung der HNO Ärzte wollen wir am 5.9.2009 **Nachmittags** zu einem Patientensymposium mit Vorträgen von PD Dr. Hesse und Dr. H. Schaaf sowie einem auswärtigen Gast einladen. Das Symposium soll unseren ehemaligen und aktuellen Patienten als Nachsorge, Auffrischung und Orientierung angeboten werden.

12. September 2009

Menière Symposium

Darüber hinaus findet am 12.9. auf Einladung der KIMM und der „Klinik am Stiftsberg“ unter Leitung von CA Dr. Kratzsch **in Grönenbach** ein Menière Symposium statt. Als Gastreferent wird Dr. Schaaf zu dem Thema: „Was könnte einen guten Arzt bei M. Menière aus-machen“ sprechen.

Tinnitus Klinik Dr. Hesse
Ohr und Hörinstitut Hesse(n)
im Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen

www.tinnitus-klinik.net * www.ohrinstitut.de

email: info@tinnitus-klinik.net

Sekretariat: Frau Kaiser: Tel: 05691/800-330

Fax 05691/800-329

Redaktion: Dr. Schaaf, PD Dr. Hesse (V.i.S.d.P)

Selbsthilfegruppen
Deutsche Tinnitus-Liga e. V.
www.tinnitus-liga.de

