

Psychogener Schwindel

Schwinden der Sinne oder alles nur Schwindel?

Der psychogene Schwindel spielt sich auf der Empfindungsebene des betroffenen Patienten ab. Zentrales Element ist die Angst. Der Schwindelzustand entsteht angesichts von für das Individuum unbegreiflichen, „verwirrenden“ Affekten. Dabei kann Angst reaktiv einer organischen Erkrankung folgen oder gar ursächlich für das Gefühl des Schwindens und des Schwindels sein.

Der psychisch verursachte Schwindel kann monosymptomatisch oder verbunden mit anderen, in der Regel vegetativen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Mundtrockenheit, Herzrasen, Engegefühl, Atemnot und Leeregefühl im Kopf auftreten. Charakteristischerweise wird beim monosymptomatischen Erscheinungsbild ein Schwankschwindel oder ein diffuser Schwindel (Gehen wie auf Schaumstoff etc.) beschrieben. Prinzipiell können aber alle Schwindelqualitäten, d. h. auch ein Drehschwindel mit subjektiver Fallneigung, psychisch bedingt sein. Die psychogenen Schwindelempfindungen sind dabei für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet.

Reaktiver psychogener Schwindel bei otologischen Erkrankungen

In der HNO-Heilkunde treten 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. 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.

Zunächst löst nur das Innenohr-geschehen

- Drehschwindel,
- Unsicherheit,
- Angst,
- Panik und
- vielfältige vegetative Angstsymptome aus. Bei entsprechender Sensibilität können dann bestimmte Begleitum-



stände ebenfalls auslösend für das Erleben eines Schwindels wirken. Diese 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“, der im Verlaufe der so genannten Reizgeneralisierung immer unspezifischer werden kann.

Reizgeneralisierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Auslöser immer unspezifischer werden können und schon ähnliche Situationen zum Schwindel und dessen Empfindungen führen können. Die dabei empfundene Angst selbst wiederum kann wie Schwinden und Schwindel empfunden werden, was einen dauerhaften Prozess des Angstschwindels und der Schwindelangst einleiten kann.

Beim M. Menière kommt ungünstig hinzu, dass zunehmend mehr Elemente immer wieder durch real innenohrbedingte Drehschwindelattacken verstärkt werden können. Diese Mechanismen verlaufen unbewusst. So kann sich ein psychogener Schwindel selbst dann verfestigen, wenn das Gleichgewichtsorgan seine Funktion verloren hat. Speziell in Krisenzeiten können auch neue Konflikte alte und auf der Krankheitsebene „gut gelernte“ Reaktionsweisen und -muster reaktivieren.

Auch ein akuter Vestibularisausfall kann so erschütternd und existenziell bedrohlich erlebt werden, dass bisher vermutete Lebenssicherheiten als schwindend und schwindelnd gefährdet wahrgenommen werden können.

Wenn sich die Unsicherheit der Seele im Labyrinth niederschlägt

Nun ist auch der Anteil des „primär“ psychogenen Schwindels so groß, dass er allein deshalb schon auch in der HNO-Heilkunde zu finden sein muss. Hinzu kommt, dass das Gleichgewichtsorgan ein häufiges Ziel- und Ausdrucksgebiet eines seelischen Ungleichgewichts oder eines Konfliktes sein kann. Unter Konflikt ist in diesem – tiefe psychologischen – Zusammenhang



Innenohr/Schwindelorgan – Darstellung der Zillien, die bei einer Kopfbewegung ausgelenkt werden.

ein überwiegend unbewusster Konflikt zu verstehen. Dabei lassen sich trotz aller Vielfalt in der Erscheinung systematische Zugänge und Grundzüge erkennen.

Sinnesindrücke widersprechen sich

Wann immer verschiedene Anteile aus dem Gleichgewichtssystem widersprechende Informationen wahrnehmen und/oder vermitteln, kann Schwindel auftreten. Das ist – meist harmlos – der Fall etwa beim so genannten Hörschwindel.

Ein schon weniger offensichtlicher, aber sehr häufiger psychogener Schwindelzustand, in dem sich widersprechende Komponenten eine entscheidende Rolle spielen, wurde von *Brandt* und *Dieterich* 1986 als „phobischer Attackenschwankschwindel“ bezeichnet. Dieser Schwindel ist charakterisiert durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit, obwohl die Betroffenen stehen und gehen können. Bei der Auslösung dieses Schwindels wird eine Fehlabstimmung zwischen dem Gesehenen und dem Empfundenen durch eine ängstliche Eigenbeobachtung vermutet. Dies führt dazu, dass bisher gewohnte aktive Handlungsweisen (Sicht- und Handlungsmuster) als passive Scheinbeschleunigungen und Scheinbewegungen erlebt werden.

Typischerweise fühlen sich die Betroffenen organisch krank. Sie klagen

dabei über den „Schwindel“. Nicht die ängstliche Beobachtung hat für sie das Schwindelgeschehen ausgelöst, sondern sie glauben, dass der Schwindel die schreckliche Angst ausgelöst habe.

Schwindel als Korrelat der Angst

Seelische Erkrankungen gehen oft mit Angst einher. Dabei kommt der Angst als Warnsignal eine überlebenswichtige Funktion zu. Dies geschieht häufig auch im Rahmen einer depressiven Entwicklung und als Äquivalent einer Depression. Dann kann der Schwindel statt der Angst in den Vordergrund treten, so dass der depressive Inhalt dem Patienten nicht bewusst wird. Psychodynamisch zeigen sich dabei einige typische Konflikte und/oder Grundsituationen in folgenden Kernbereichen:

- Konfliktvolle äußere Lebensbelastungen, hier insbesondere Verluste in Beziehungen und Krisen;
- fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung;
- Abhängigkeitsentwicklungen im Widerspruch mit Selbstständigkeitswünschen, die typischerweise bei der Ablösung von den Eltern, aber auch von Vertrautem und „Heimatlichem“ gesehen werden können;
- tatsächliche Unterwerfung im Widerspruch mit dem Wunsch nach Kontrolle;
- Versorgungswünsche im Widerspruch mit Selbstständigkeitsbestrebungen;

- Selbstwertkonflikte, Gewissens- und Schuldkonflikte;
- sexuelle Konflikte und Identitätskonflikte.

Symbolische Deutungen des Schwindels fasste *Modestin* zusammen. Er fand Schwindel als Zeichen dafür,

- dass etwas aus den Fugen geraten ist;
- als Ausdruck der Untragbarkeit einer Situation;
- der Sehnsucht nach Stütze und Halt,
- und des Übergangsphänomens von einem Zustand in den anderen, bei dem ein Gleichgewicht verloren wurde und ein neues wiederhergestellt werden muss.

Diagnostik bereitet oft Probleme

Für die Annahme eines psychogenen Schwindels reicht das Nichtvorhandensein eines organischen Befundes nicht aus. Es ist darüber hinaus zwingend eine psychologische Diagnose notwendig, die das Schwindelgeschehen stimmig erklären kann. Die Tatsache, dass es moralisch immer noch weitestgehend „verpönt“ ist, seelisch zu erkranken, erschwert diese. Hinzu kommt ein objektives Problem des Erkennens: Körperliche Krankheiten offenbaren sich dem Betroffenen durch Anzeichen von Schmerz, Fieber, Lähmung oder durch sichtbare Körperveränderungen. Solche Symptome haben meist begreifbaren Charakter. Seelische Veränderungen werden dagegen als ganzheitliche, oft unbegreifliche Störungen erlebt.

Therapie

— Entängstigende Aufklärung

Zur Therapie gehört an erster Stelle eine gute, entängstigende Aufklärung. Diese sollte möglichst verständlich, auch mit Schaubildern erfolgen. Eine zusätzliche Vor- und Nachbereitung durch die Empfehlung aufschlussreicher Ratgeber kann dies oft sinnvoll und nachhaltig unterstützen. Insbesondere bei psychogenen Schwindelerkrankungen sollte weniger das „Nicht-Gefundene“ betont werden, als das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde.

Üngünstig demotivierend sind verbal oder nonverbal vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an“. Vermittelt werden sollte hingegen

die notwendige Sicherheit, dass für die Bewältigung des Schwindels eine gute körperliche Grundlage, etwa ein (weitgehend) intaktes Gleichgewichtsorgan oder zumindest ein zu verbesserndes Gleichgewichtssystem vorhanden ist.

Beim psychogenen Schwindel reicht es meist nicht aus, auf das „Seelische“ lediglich zu verweisen. Therapeutisch wichtig sind das Verständnis, die Diagnose und die Weichenstellung. Für eine sichere therapeutische Haltung ist dabei ein Grundverständnis der seelischen Wirkmechanismen – in deren Reflexion, wie dies etwa in Balintgruppen vermittelt wird – nützlich, auch damit man sich selbst nicht „beschwindelt“ fühlt, wenn der Patient den – für Außenstehenden – offensichtlichen Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen kann.

— Gleichgewichtstraining und Selbsthilfe

Bei psychogenem Schwindel therapeutisch unerlässlich ist das – vor allem eigene – Bemühen um Standfestigkeit. Einfache Übungen werden von vielen Krankenkassen meist anschaulich gebildet angeboten. Wir setzen systematisch das T'ai Chi und Feldenkrais-Übungen als bewegungstherapeutische Verfahren ein. Sinnvoll kann auch der Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen werden.

— Psychotherapeutische Unterstützung

Zeigt sich der Schwindel als Ausdruck einer Depression, einer lebensgeschichtlichen Krise oder anderer überwiegend psychogen zu verstehender Komponenten, so ist auf jeden Fall das Hinzuziehen eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten sinnvoll. Dabei gilt auch für psychogene Erkrankungen, dass eine frühzeitige Bearbeitung durchaus bessere Ergebnisse zeigen kann als die Behandlung eines chronifizierten Verlaufes. Trotzdem stimmt es auch, dass keine Psychotherapie ohne entsprechende Motivation des Patienten selbst gelingen kann, und die stellt sich leider eben oft erst über das Leiden her.

— Psychopharmaka

Wenn eine Depression und/oder Angsterkrankung im Vordergrund steht, so

können antidepressive oder neuroleptische Medikamente – als Hilfe – durchaus sinnvoll sein. Manchmal sind sie sogar nötig, um überhaupt erste therapeutische Schritte zu ermöglichen. Dies sollte in enger Zusammenarbeit zwischen dem HNO-Arzt und dem Psychotherapeuten/Psychiater geschehen.

Von Sedativa und Tranquilizern über die akute Notfallbehandlung hinaus, etwa bei einem M. Menière-Anfall, muss dringend abgeraten werden, da einerseits Suchtgefahr besteht und andererseits Kompensationsmöglichkeiten im Gleichgewichtssystem ebenfalls herabgesetzt werden.

— Stationäre psychosomatische Behandlung

Eine stationäre psychosomatische Behandlung kann notwendig werden, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und/oder insbesondere bei bedeutenden psychogenen Anteilen wie etwa depressiven Entwicklungen und Angsterkrankungen. Der Vorteil einer stationären Behandlung ergibt sich aus der institutionalisierten Zusammenarbeit und Therapieabstimmung zwischen verschiedenen Therapeuten, Ärzten, Psychologen und Bewegungstherapeuten. Einweisungsgründe sind gegeben

- bei fehlender Alltagskompetenz;
- Unklarheit hinsichtlich des organisch bedingten und des psychisch aufrechterhaltenden Anteils
- oder der Unklarheit hinsichtlich des Zusammenwirkens dieser Faktoren auf beispielsweise ein möglicherweise „menièreformes Krankheitsbild“.

Dr. med. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Bad Arolsen,
Große Allee 3, 34454 Arolsen,
E-Mail: HSchaaf@tinnitus-klinik.de
Internet: www.tinnitus-klinik.de