

Helmut Schaaf : Schwindel in der Hausarztpraxis.

Zusammenfassung

Schwindelerkrankungen führen nicht nur zu Unsicherheit beim Patienten, sondern können auch manchmal Unsicherheitsgefühle beim Behandler auslösen, auch wenn – so Abholz (1) – sich der Schwindel in seinen Ursachen und Zuteilungen durchaus gut „sortieren“ lässt. Insbesondere Patienten mit psychogenem Schwindel benötigen ein erweitertes Verständnis von sich körperlich zeigenden Vorgängen. Gelingt es, den Schwindel-Patienten zu entängstigen, aus der Vermeidung zu lösen und zum Handeln zu ermutigen, so kann mancher Chronifizierung beim Schwindelpatienten frühzeitig entgegen getreten werden.

Einleitung:

Es gibt mindestens drei gute Gründe, sich mit den psychogenen Anteilen des Schwindels zu beschäftigen:

1. Schwindel ist nach den Kopfschmerzen zum zweithäufigsten Leitsymptom geworden (2) und ist damit ein häufiges Phänomen in der Hausarzt- und Allgemeinarzt-Praxis (3).

2. Gesichert scheint, dass gut 30 % aller Schwindelformen psychogen zu verstehen sind. Zumindestens eine relevante psychogene Mitbeteiligung weisen 30 % bis 50 % der an Schwindel Leidenden auf (4, 5, 6).

3. Patienten mit psychogen verursachtem Schwindel sind meist stärker beeinträchtigt als Patienten mit organischem Schwindel (4, 6). 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 Berufsfähigkeit (4, 7).

Wie kann Schwindel entstehen ?

Schwindel kann ausgelöst werden, wenn eine der am Gleichgewichtssystem beteiligten Komponenten erkrankt 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 – 20 Minuten durch gezielte Lagerungsmanöver beseitigt werden. Bei Patienten, die in der Lage sind, selbst mitzuarbeiten, genügen manchmal schon illustrierte Anleitungen für die durchzuführenden Lagerungsmanöver, wie sie Selbsthilfebüchern oder im internet dargestellt werden (8). Sehr viel schwieriger ist dies leider bei den ebenfalls häufigen chronischen Schäden durch Alkohol.

Der psychogene Schwindel

Der psychogene Schwindel als wahrscheinlich zweithäufigste Schwindelform (2) spielt sich ätiologisch und im Erleben und Erleiden überwiegend auf der Empfindungsebene in der emotionalen Welt des betroffenen Patienten ab (4). Der Schwindelzustand entsteht angesichts von für das Individuum unbegreiflichen "verwirrenden" Affekten oder aufgrund von äußeren oder inneren Wahrnehmungen, die Angst auslösen bzw. durch funktionelle zentrale Verrechnungsstörungen, die durch Angst bedingt werden.

Nach neurologischer Auffassung kann psychogener Schwindel durch ein Verarbeitungsproblem – eben auch ohne organische Schädigung – entstehen (2). Dies kann eintreten, wenn Sinnesreize und Erwartungsmuster nicht überein stimmen. Dann wird die Bewegung unter Verlust der Raumkonstanz wahrgenommen. Häufig schildern die Patienten Schwank- oder diffusen Schwindel (Benommenheitsgefühl, Leeregefühl im Kopf, Unsicherheit beim Gehen, Gefühl zu kippen).

Besteht schon eine „präformierte Schwachstelle“, wie etwa nach einem Gleichgewichtsausfall, so kann ein psychogenes Geschehen dort einen „schon bekannten“ Wirkmechanismus treffen und kann eine „entsprechende“ Symptomatik – auch Drehwindelgefühle - auslösen, obwohl die eigentliche Ursache zentraler zu suchen ist.

Dabei orientiert sich die Qualität des Schwindels am vorher erlebten Modell, das real beim Patienten stattgefunden haben kann oder bei anderen beobachtet wurde. Wesentlich sind daher zum Verständnis die stattgehabten Erkrankungen, die Biographie und die bis dahin entwickelte Persönlichkeitsstruktur. Wichtig zu wissen ist, dass die psychogenen Schwindelempfindungen dabei für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet sind.

Einige (beispielhafte) Erkrankungsbilder:

Schwindel bei einer generalisierten Angststörung

Bei der generalisierten Angststörung können sowohl Schwindelanfälle als auch Dauerschwindel auftreten. Der Dauerschwindel kann an Intensität zu und abnehmen. Neben den Schwindelsymptomen beklagen die Patienten eine ständige innere Anspannung und Nervosität, eine anhaltende frei flottierende Angst, Zukunftsängste, psychomotorische Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen. Spezifiziert 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.

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, der etwa starke Angst oder Schuldgefühle durch Schwindelgefühle ausdrückt. 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 dann meist ungünstige und meist den Betroffenen unbewusste Lernvorgänge, die lerntheoretisch gut erklärt und oft 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 Schwindelsensationen, die

von wenigen Minuten bis hin zu Stunden an halten können. Diese können von vegetativen Symptomen wie Herzklopfen, Schweißausbruch, Luftnot bis Erstickungsgefühl, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Brechreiz, Durchfall und Depersonalisationssymptomen begleitet sein. Diese können wiederum hypochondrisch mit der Befürchtung, an einem Schlaganfall oder Herzinfarkt zu leiden, verarbeitet werden. In der Folge werden häufig die Orte, an denen es zum Auftreten eines „Anfalls“ kam, gemieden. Die dabei empfundenen (Todes-) Angst- und Panikgefühle werden als Auswirkung des Schwindels erlebt.

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 (9). 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: Es wird gefürchtet, es könnte ein Schwindelanfall auftreten, der es dem Patienten unmöglich macht, sich fortzubewegen, oder man könnte von ihm denken, dass er betrunken ist.

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.

Schwindel im Rahmen von Depressionserkrankungen

Depressive Störungen rangieren bei Schwindelbeschwerden von 6 % (5) bis zu 62 % (10). Dabei können die Schwindelbeschwerden zum führenden Symptom werden, das oft statt 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. Typisch sind Tagesschwankungen: „Abends geht der Schwindel zurück“ und die entsprechende vegetative Symptomatik, ebenso wie sozialer Rückzug, Zukunftsängste und nihilistische Gedanken bis hin zu Befürchtungen, „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, bevor eine sorgfältige psychosomatische Diagnostik erfolgt. Dennoch kann älteren Patienten, die oft „Abgründe“ erlebt haben und sie in neuer Aus-

geliefertheit und Hilflosigkeit oder der Angst davor reaktiviert erleben, durch eine Psychotherapie meist geholfen werden.

Schwindel im Rahmen von Somatisierungsstörungen

Eckhardt – Henn et al (11) sahen bei einer prospektiven Studie bei 52% der Schwindelpatienten somatoforme Störungen. Von „Somatisierungsstörung“ spricht man, wenn die körperbezogene, organisch allein nicht ausreichend begründbare Symptomatik überwiegend durch psychogene Faktoren begründet ist. Diese Patienten schildern meist diffusen Schwindel oder Schwankschwindel in Form eines Dauerschwindels. Sie sind typischerweise auf eine organische Ursache des Schwindels fixiert und drängen auf ständig neue diagnostische Maßnahmen. Sie haben aber meist eine lange Krankengeschichte mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen und häufige Arztwechsel aufzuweisen. Sie sind besonders gefährdet für eine zusätzliche iatrogene Fixierung, weil sie jede medizinische Maßnahme „dankbar“ annehmen.

Weitere hier nicht besprochene psychogene Schwindelformen finden sich im Rahmen hypochondrischer, dissoziativer und etwa posttraumatischer Erkrankungen (s. ausführlich 12).

	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 vor 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, der Schwindel wird diffus oder wie Benommenheit erlebt

Tab. 1: Charakteristische Schwindelempfindungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen

Der reaktive psychogene Schwindel

In etwa 1/3 der Fälle ist eine organische Schwindelerkrankung wie Vestibulopathien, Kopfverletzungen und andere, mit Instabilität einhergehenden Erkrankungen - in der Vorgeschichte nachweisbar (9). Bei diesen reaktiv - psychogenen Schwindelformen findet sich zwar ein organisch „fassbarer“ Befund, dieser erklärt aber das Ausmaß und die Ausprägung der empfundenen Schwindelzustände zumindest nicht allein.

In der Regel sind es aber die beim organisch bedingten Schwindel erlebten vegetativen Begleitreaktionen wie Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Herzrasen, Engegefühl, Atemnot und Leeregefühl im Kopf und oft heftige Angstgefühle, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung dienen (9).

Die Veränderung des Schwindelcharakters etwa vom Drehschwindel zum Schwankschwindel oder diffusen Benommenheitsschwindel wird oft erst mit starker Verzögerung erkannt, weil lange Zeit von „Restzuständen“ nach einer organischen Läsion ausgegangen wird.

Die Patienten schildern dies z.B. wie folgt: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, 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.

Werden dann zunehmend „positive Aktivitäten“ vermieden, verstärkt sich das Gefühl der Unsicherheit, die Angst wird konserviert, und Aktivitäten, die eigentlich noch möglich wären, werden zunehmend verlernt.

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 entstehen posttraumatische Reaktionen und Entwicklungen häufiger nach leichteren Schädel-Hirntraumen als nach schweren. Dies könnte - so Lamparter (13) - 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 in der meist nicht eindeutigen Zuordnung von physischem und psychischem - und im Hintergrund vielleicht auch dem möglichen moralischen - Verlust des Gleichgewichts als „schwierig“. 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 im Zweifel auch „umzufallen“. Letzteres löst verständlicherweise Abwehr und im Zweifel auch aggressive Impulse beim Behandler aus, die zwar dann der eigenen Stabilität dienen, weniger aber dem Wohle des Patienten.

Der Arzt des Vertrauens ist meistens der Hausarzt. Er kennt die Lebensumstände und bisherigen Erkrankungen am besten. So wird er einschätzen können, inwieweit er selbst helfen kann und ob er ggf. zusätzliche Hilfe eines Facharztes benötigt. Dabei ist es durchaus sinnvoll, sich auf das Notwendige zu beschränken. Denn unnötige Untersuchungen erhöhen meist nur die Anzahl fraglich krankhafter Befunde. Dies steigert dann meist die Unsicherheit und verhindert oft möglicherweise einfache, aber wirksame Therapieschritte.

Wenn es aber indiziert und prognostisch günstig ist, zum Psychiater oder ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten zu überweisen, sollte der Patient wissen dür-

fen, dass er weiter regelmäßig zum Hausarzt wiederkommen kann, um sich nicht abgeschoben zu fühlen.

Bei jedem Schwindel-Patienten sollte eine Lagerungsprüfung durchgeführt werden, 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, wenn keine Hirntumoren oder andere bleibende Schäden im ZNS vorliegen.

Die Krankengeschichte

Die Krankengeschichte führt - zusammen mit basalen Untersuchungen - in bis zu 90 % der Fälle 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 (14) hat sechs Fragen konzipiert, um die körperlichen und körperlich empfundenen Symptome 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 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 Beschwerdebegins. 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 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?

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.

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.

Therapie:

An erster Stelle gehört eine gute, entängstigende – auch medizinische – Aufklärung, sinnvollerweise auch unter Einbeziehung weiterführender Ratgeber (8, 15, 16). Insbesondere bei psychogenen Schwindelerkrankungen sollte weniger das „nicht gefundene“ und „eventuell pathologische“ betont werden, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde.

Ungünstig 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 berücksichtigt und realistisch das Veränderungspotential erarbeitet und in die Umsetzung bringen kann. Besonders wichtig ist dabei, dass Ärzte klar bleiben können 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 (17) 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 verstärken können.
5. Vereinbaren Sie feste Termine für Nachuntersuchungen. Versuchen Sie, den Patienten zu unterstützen, spontane Arztbesuche aber zu vermeiden.
6. Motivieren Sie (am besten 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 Informationsverzerrung 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 warum 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. Dazu geben wir ihnen – als Groborientierung – folgende Anhaltspunkte sowie ein Merkblatt mit auf den Weg (16, 18).

		Innenohrbedingter Schwindel – Anfall	Psychogener Schwindel Zustand
Eigenes Erkennen	Fixieren eines festen Gegenstandes	Nicht möglich	Möglich
	Heftiges Auftreten	Nicht möglich, führt zu (erneutem) Umfallen	Bessert das Schwindel – Erleben, führt zu mehr Standfestigkeit
	Vertraute Menschen	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Kann das Schwindel-Erleben deutlich bessern
Ärztlich - Psychologisches Psychosomatisches Erkennen	Augenzittern (Nystagmus)	Vorhanden (Frenzelbrille)	Nicht vorhanden
	Beschreibung des Schwindels	Drehschwindel, der Raum bewegt sich um den Menschen	Vielfältig, dauerhaft, tagelang, immer...
	Audiogramm (Hörtest)	Wiederholte Tieftonverluste und -schwankungen häufig	Ohne Änderung
	Wahrnehmung beim „Gegenüber“	Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation ...	Angst und Panik meist im Vordergrund

Tabelle 2: Anhaltspunkte zur Unterscheidung zwischen psychogenem und innenohrbedingtem Schwindel

Ziel ist, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und ihm aus der Vermeidung – meist angstbesetzter - Situationen und Handlungen herauszuhelfen. Gelingt dies – anfangs möglicherweise auch nur in kleinen Schritten -, so kann dies die Erwartungsangst wesentlich reduzieren und meistens damit 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 wieder auszugleichen.

Medikamente gegen Schwindel ?

Antivertiginosa sind nur sinnvoll bei akuten, zeitlich begrenzten Schwindelattacken. Antivertiginosa sind ungeeignet zur Dauerbehandlung des Schwindels, da sie den Kompensationsprozess des Gleichgewichtssystems hemmen (2, 8).

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 ernstesten Nebenwirkungen.

Prognose:

Am günstigsten sind (2) Patienten mit Angst-, phobischen oder depressiven Störungen zu einer weiterführenden Psychotherapie zu motivieren (2, 4, 9). 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 (2, 9). Dies trifft besonders dann zu, wenn durch das Symptom eine psychische Entlastung möglich ist und der sekundäre Krankheitsgewinn groß ist.

Unzureichende Kenntnisse psychosomatischer Zusammenhänge und einseitige somatische Orientierung des Arztes können ebenso wie immer wieder veranlasste apparative Untersuchungen zu einer hartnäckigen Chronifizierung der psychogenen Symptomatik führen.

Erklärung, Aufklärung, Mutmachen und die Anleitung zum Handeln, auch zum psychotherapeutischen Handeln können hingegen dazu beitragen, dem Schwindel zu entgehen.

Literaturverzeichnis:

1. Abholz H. Schwindel - Diagnostik und Therapie Z Allg Med 2007; 83: 373-386
2. Brandt, T; Dieterich, M. Strupp, M. Vertigo. Leitsymptom Schwindel + DVD S. 150 Darmstadt: Steinkopff, 2004
3. Davis A., Morjani, P. The epidemiology of hearing and balance disorders. In Luxon, ML, Furmann IM (ed.): Textbook of audiological medicine. M Dunitz. London, 2003: 88 - 99
4. Eckhardt-Henn A. Psychogener Schwindel legt Patienten länger lahm. Welche seelischen Erkrankungen hinter Schwindel stecken können. MMW Fortschr Med 2000; 142: 30-32
5. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. South Med J 2000; 93: 160-167
6. Yardley L; Redfern M Psychological factors influencing recovery from balance disorders J Anxiety Disord 2001; 15: 107-19
7. Schaaf H, Haid C.-T. Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. Dtsch Ärztebl 2003; A 853 – 857
8. Lempert, T. Wirksame Hilfe bei Schwindel. Informationen und Ratschläge. Stuttgart: Trias (2003) & http://www.charite.de/ch/neuro/klinik/patienten/krankheiten/schwindel_vertigo/deutsch_rechts.html
9. Dieterich, M., Eckhardt-Henn, A. Neurologische und somatoforme Schwindelsyndrome. Nervenarzt. 2004; 75: 281 - 302
10. Frommberger U., Schmidt S, Dieringer H. Panic disorder in patients with dizziness. Arch Intern Med 1994; 154:590–591
11. 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: 369-88
12. Schaaf, H Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. 2. Aufl. Kröningen: Asanger 2007
13. Lamparter, U. Schwindel. In: Ahrens et al (Hg.): Psychosomatik in der Neurologie. Stuttgart, Schattauer 1995: 122-151
14. Decot, E. Psychosomatische Störungen. Therapeutische Verfahren bei psychosomatischen Störungen im HNO-Bereich. Laryngo-Rhino-Otol 2005; 84: 272-287
15. Schaaf, H Gleichgewicht und Schwindel der Seele. 4. Auflage. München, Wien. Profil 2008. S. 98
16. Schaaf, H. M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. 5. Aufl.. Heidelberg: Springer. 2007 S. 222
17. Rief, W., Hiller W Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe 1998; S 88
18. Schaaf H, Holtmann H. Patientenführung bei M. Menière. Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven. HNO 2005; 53: 889 – 894