

6/2017 Dezember

C 51932

forum

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde



Gleichgewichtstraining – vestibuläre Rehabilitation bei M. Menière

H. Schaaf¹, S. Schädler²

Summary

The influence of the vestibular component in the presence of a M. Menière is an essential therapeutic option to improve the quality of life of those affected. We present in our article the possibilities and indications of vestibular rehabilitation and the importance of physiotherapy in the treatment as well as the realistic goals. The practitioner has thus further means to optimize the multimodal therapy concept in this clinical picture and can give the patient a tool to participate actively in the disease process.

Keywords

M. Menière, balance training, vestibular rehabilitation.

Zusammenfassung

Die Beeinflussung der vestibulären Komponente beim Vorliegen eines M. Menière ist eine wesentliche therapeutische Option, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Wir stellen in unserem Artikel die Möglichkeiten und Indikationen der vestibulären Rehabilitation und die Wichtigkeit der Physiotherapie bei der Behandlung mit den realistisch zu erreichenden Zielen vor. Der Behandler hat so ein weiteres Mittel zur Hand, um das multimodale Therapiekonzept bei diesem Krankheitsbild zu optimieren und dem Patienten eine Möglichkeit an die Hand zu geben,

sich aktiv am Krankheitsprozess zu beteiligen.

Schlüsselwörter

M. Menière, Gleichgewichtstraining, vestibuläre Rehabilitation.

Einleitung

Als M. Menière wird eine Erkrankung des Innenohrs mit einem Endolymphhydrops bezeichnet, die mit Drehschwindelattacken und meist einem zunehmenden Verlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen einhergeht. Leitsymptom sind die Drehschwindelanfälle, die oft mit heftigem Erbrechen, Hörstörungen und einem charakteristischen tieffrequenten Tinnitus verbunden sind. Die Anfälle sind typischerweise nicht vorhersehbar.

Der subjektiv empfundene Charakter der Schwindelempfindung kann sich im Verlauf der meist über viele Jahre anhaltenden Erkrankung ändern. In aller Regel nimmt dabei der Attackenschwindel ab und die einseitige Schwerhörigkeit zu. Hinzukommen können ein reaktiv-psychogener Schwindel mit depressiven Verläufen und Angstkorrelaten sowie ein gutartiger Lagerungsschwindel.

Traditionell gehört der M. Menière nicht zu den Erkrankungen, bei denen ein Gleichgewichtstraining erwogen oder durchgeführt wird. Dies liegt daran, dass die »ins Auge fallenden«, oft dramatisch erlebten Schwindel-Attacken organisch meist schnell kompensiert werden. Auch der oftmals schleichende Verlust eines Gleichgewichtsorgans kann über die Zeit in der Regel ausgeglichen werden. Gleichzeitig erscheint das Krankheitsbild sowohl Ärz-

ten als auch Physiotherapeuten oft so unberechenbar und wechselhaft, dass unklar bleiben kann, wann und wie eine sinnvolle Unterstützung erfolgen könnte.

Dabei können Menschen mit M. Menière vielfältig in ihrem Gleichgewichtsvermögen erschüttert werden. So gibt es unterschiedliche Phasen, in denen eine – dann spezifische, gezielte – Unterstützung nicht nur möglich, sondern sinnvoll ist. Im Fokus stehen dabei (Tab. 1):

- das oft nur bruchstückhafte Wissen um das Krankheitsbild,
- Angst und fehlende Ermutigung,
- der Schwindel-spezifische Kontrollverlust, der sich bei wiederholten Schwindelattacken steigert,
- eine meist wachsende Unsicherheit, ungünstige Begleitumstände und Verstärker,
- Zusatzerkrankungen wie der »gutartige Lagerungsschwindel« und reaktiv psychogene Schwindelzustände, die oft nur schwer vom Menièreschen Geschehen unterschieden werden.

Der bedeutendste Faktor für eine zunehmende Einschränkung des Gleichgewichtsvermögens sind Schonung, körperliche Ruhe und Vermeidung selbst der Aktivitäten, die eigentlich durchführbar wären. Ungünstig kommen oft beruhigende oder antriebsmindernde Medikamente hinzu, die manchmal statt eines Gleichgewichtstrainings angeraten werden.

Voraussetzung für eine gelingende Physiotherapie beim M. Menière ist, dass der Arzt mitteilt, mit welcher Vorstellung er die Physiotherapie »bei Schwindel unterschiedlicher Genese« mit dem »Indikationsschlüssel SO3a: Leitsymptomatik: Gang- und Standunsicherheit, Verunsicherung, Angstzustände« ver-

¹ Gleichgewichtsamambulanz der Tinnitus Klinik Hesse, Bad Arolsen

² Schwindeltherapie, Burgdorf, Schweiz

Tabelle 1

Therapieoptionen im Laufe der Erkrankung

| | Günstig für Menière-Patienten | Eher Ungünstig |
|--|---|--|
| Bei der Diagnosestellung | Diagnose auf möglichst sicherer Basis unter Abwägung der Differenzialdiagnosen (vor allem die Migräne) und Verwendung spezieller neurootologischer Diagnostik | Verdachtsdiagnosen ohne ausreichende Gewissheit stellen |
| Zu Beginn der Therapie | Nachvollziehbare Aufklärung. Hinweis auf Literatur und Selbsthilfegruppen | Da kann man nichts machen, Placebos als wirksam ausgeben: enttäuschte Hoffnungen sind eine ernsthafte Nebenwirkung |
| Im Verlauf der Erkrankung | Bei allem Realismus ein Stück berechnete Hoffnung und vor allem angemessene Begleitung | Einen schicksalhaften Weg in die Taubheit und den beidseitigen Gleichgewichtsausfall prognostizieren |
| Bei Ausweitung des Hörverlusts | Hörgeräte anpassen lassen, auch zum Erhalt des Richtungshörens | Warten »bis zur stabilen Hörschwelle« |
| Bei Ausweitung der Angstkomponente | Aufklärung, Hinzuziehen psychotherapeutischer Unterstützung, Antidepressiva | »Bin ich nicht zuständig« |
| Bei Ausweitung der Schwindelkomponente | Möglichkeit der wahrscheinlichen Besserung mit intratympanalem Kortison und der (nahezu) sicheren Ausschaltung mit intratympanalem Gentamycin, gegebenenfalls Neurektomie des N. vestibularis | Wirkungslose chirurgische Eingriffe mit immer wieder enttäuschten Hoffnungen |

schreibt. Dabei sollte er nicht den Anschein erwecken, den Patienten nur weiterzugeben. Stattdessen sollte erlebbar werden, dass es sich um eine hilfreiche Unterstützung handelt (1), die allerdings eigene Anstrengungen beinhaltet – anders als bei einer Massage.

Idealerweise sollte es eine vestibuläre Physiotherapie sein, das heißt eine Physiotherapie mit vertieften Kenntnissen und Fähigkeiten in vestibulärer Rehabilitation.

So ist die Unterstützung und Aufklärung nach einem Anfall anders zu gestalten als

- die Kompensationsarbeit bei einem »schleichenden« einseitigen Ausfall,
- die Unterstützung bei einem möglichen reaktiven psychogenen Schwindel,

- die Beseitigung einer häufigen Zusatzkomplikation, zum Beispiel des gutartigen Lagerungsschwindels,
- die Schaffung einer guten Basis vor einer intratympanalen Gentamycinausschaltung,
- das Habituationstraining nach Eingriffen am Gleichgewichtsapparat, um die Kompensationszeit zu verkürzen (26),
- die Sturzprophylaxe bei einem insgesamt doch weniger häufigen beidseitigen Ausfall.

Sinnvoll ist dabei eine klinische Einschätzung der Funktionseinschränkungen, etwa mit dem Romberg-Test und dem sogenannten Tandem-Romberg (»Hacke-Spitze«-Fußposition).

Wichtig ist es auch Trigger, zum Beispiel Kopf- sowie visuelle Bewegungen und begrenzende Faktoren (sensori-

sche oder motorische Ausfälle, Nackenschmerzen, orthopädische Probleme, Sehschwächen) einzuschätzen und – wenn möglich – auszugleichen (5).

Nicht notwendig, auch das sei mit *Grace* (11) festgehalten, ist ein Gleichgewichtstraining bei einem Menière-Betroffenen, der (seltene) Anfälle gut bewältigt und ansonsten – etwa mit Zuvorsicht und Sport – an seinen vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten arbeitet.

Allgemeine Ziele der vestibulären Rehabilitation und des Gleichgewichtstrainings

Gleichgewichtstraining oder vestibuläre Rehabilitation kann als ein Verfahren, das auf Hinzu- und Neu-Lernen

Tabelle 2

Therapieansätze bei verschiedenen Symptom- und Funktionsgruppen (mod. nach 22)

| Symptom-/Funktionsgruppe | Behandlungsschwerpunkte |
|---|---|
| Gleichgewichtsstörungen | Spezifisches Gleichgewichtstraining |
| Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel | Lagerungsmanöver |
| Okulomotorische Dysfunktionen | Blickfeldstabilisation |
| Zentral- oder periphervestibuläre Dysfunktion | Vestibuläre Rehabilitation |
| Reduzierte Somatosensorik/Wahrnehmung | Stimulation/Integration Somatosensorik |
| Visuelle Abhängigkeit | Abbau visueller Abhängigkeit |
| Zervikogener Schwindel – Ursächlich: funktionelle segmentale Instabilität – Ursächlich: myofaszial/artikulär – Ursächlich: vaskulär – Reaktiv: Vermeidungshaltung | Segmentale muskuläre Stabilisation Manuelle Behandlung/Mobilisation Differenzierung, Handlungsänderung Vestibuläre Rehabilitation, Detonisierung |
| Orthostase/Herz-/Gefäßsystem | Differenzierung, Verhaltensänderungen |
| Dosierung von Aktivität und Pausen im Alltag | »Pacing« |
| Emotionale Beteiligung | Problemorientierte Behandlung, dosierte Expositionstherapie |
| Multifaktorieller Schwindel | Problemorientierte Behandlung, Förderung der allgemeinen Mobilität |

sowie Übungen basiert, verstanden werden. Bei Gleichgewichtsstörungen soll das zentrale Nervensystem in die Lage versetzt werden, eine kompensatorische Antwort auf den Schaden oder die Einschränkungen zu ermöglichen (11).

Genutzt werden müssen die (noch) vorhandenen neuronalen Mechanismen des Gehirns zur Adaptation (Anpassung) und die sich dabei einstellenden plastischen Veränderungen.

Allgemeine Ziele der Rehabilitation eines aus dem Lot gekommenen Gleichgewichts sind unter anderem:

1. Subjektiv die Verminderung des Schwindel (-gefühls) und objektiv die Verbesserung der Blickfunktion, um bei Kopfbewegungen klar zu se-

hen und fixieren zu können beziehungsweise die Verminderung der visuellen Instabilität (Oszilloskopien).

2. Identifikation und Beachtung von Triggern (Auslösern) sowohl organischer als auch psychogener Art (5), zum Beispiel Kopfbewegungen, visuelle Irritationen.
3. Verbesserte Bewegungstoleranz bei Eigen- und Fremdbewegung.
4. Verbesserte Gangsicherheit.
5. Erhöhung des Aktivitätsniveaus.
6. Abbau von Vermeidungsstrategien.
7. Reduktion der sozialen Isolation.
8. Verringerung des Fallrisikos.

Die vestibuläre Physiotherapie erfolgt problemorientiert auf der Basis eines Befunds bestehend aus Anamnese und Untersuchung (22). Die möglichen Therapieansätze bei Schwindelerkran-

kungen nach *Schädler* (22) sind in einer Übersicht in Tabelle 2 zusammengefasst.

Konsens bei den allgemeinen Anforderungen an das Gleichgewichtstraining

Vestibuläre Trainingsprogramme, erstmals 1944 von *Cawthorne* empfohlen, umfassen unter Berücksichtigung heutiger Kenntnisse der Vestibularisfunktion (4, 14):

- Willkürliche Augenbewegungen und zu Beginn in ausgewählten Übungen Fixationen zur Verbesserung der gestörten Blickstabilisation, wobei eine Überbetonung des visuellen im Weiteren wieder selbst problematisch werden kann (5, 22).

- Aktive Kopfbewegung zur Neueichung des vestibulo-okkulären Reflexes.
- Balance- und Zielbewegungen sowie Gehübungen zur Verbesserung der vestibulo-spinalen Haltungsregulation und Zielmotorik.

Dabei werden spezielle Übungen für das vestibuläre, somato-sensorische und okkulo-motorische System durchgeführt, um zum Beispiel die fehlenden Information aus dem Gleichgewichtsorgan durch andere Systeme zu fördern. Es handelt sich dabei um ein Hinzu-Lernen oder Wieder-Erlernen. Das beinhaltet über das rein körperliche – wie *Yardley* und *Redfern* (28) herausgearbeitet haben – auch die psychologischen Elemente Motivation, Willen und Anleitung. Deswegen nutzt es oft nicht, Übungen aus Büchern und Falblättern auszuhändigen, wenn diese wegen fehlender Anleitung, depressiver Stimmung oder Hoffnungslosigkeit oder Schwindelangst das Üben erst gar nicht »in Gang kommen« kann. Hingegen hat sich gezeigt, dass eine physiotherapeutische Unterstützung und die Anleitung effektiv sein kann (10).

Die besten Anreize, um eine Verbesserung des Gleichgewichtssystems zu erreichen, sind irritierende Signale für das Gehirn. Dann ist das Gleichgewichtssystem gefordert, diese auszugleichen. Dazu müssen die Koordinaten des vestibulären Systems umgestellt werden. Das heißt ganz konkret, dass der Patient ermutigt und unterstützt werden muss, mit den Gleichgewichtsübungen soweit zu gehen, dass subjektiv »Schwindel« auftritt. Dazwischen kann und muss eine Lernpause möglich sein.

Vestibuläre Physiotherapie bei M. Menière

Spezielle physiotherapeutische Ziele und Aufgaben bei Patienten mit M. Menière

Menière-Patienten, die zum Physiotherapeuten kommen, sind oft nicht nur körperlich durchgewirbelt worden, sondern auch unsicher, was ihr Krank-

| Tabelle 3 | |
|---|---|
| Was muss oder darf man zu M. Menière wissen | |
| | M. Menière ist eine gutartige, wenn auch meist voranschreitende Erkrankung des Innenohrs (peripher), keine Erkrankung des Gehirns (zentral) |
| | Ein M. Menière kann zu Schwerhörigkeit und einem schleichenden Ausfall meist eines Gleichgewichtsorgans führen |
| | Ein M. Menière greift nicht das Gehirn, das Denken oder das Fühlen an wie etwa der M. Parkinson, die multiple Sklerose oder eine Alzheimer-Krankheit |
| | Der Attacken-Schwindel kann im Anfall effektiv unterdrückt werden, zum Beispiel mit Dimenhydrat-Zäpfchen |
| | Der Attacken-Schwindel wird in aller Regel mit der Zeit meist immer schwächer, verschwindet auf Dauer und kann – etwa mit Gentamycingaben ins Mittelohr – gestoppt werden (in Erprobung ist auch das gleiche Vorgehen mit Kortison) |
| | Der meist zunehmende Ausfall eines Gleichgewichtsorgans kann unter anderem mit therapeutischer Unterstützung meist gut kompensiert werden |
| | Die meist einseitige Schwerhörigkeit kann in aller Regel mit Hörgeräten, gegebenenfalls mit einem »Contralateral Routing Of Signals« (CROS)-Gerät oder einem Cochlea-Implantat ausgeglichen werden |
| | Mögliche Zusatzercheinungen wie ein Lagerungsschwindel oder eine – verständliche – psychogene Zusatzkomponente können erklärt und angegangen werden |
| | Alle Medikamente und Operationen, die nicht auf die (vorzeitige) Minderung der Innenohrfunktionen abzielen, sind genauso unwirksam wie Placebo |
| | Wahrscheinlich spielt der Faktor Zeit die größte Rolle beim Abklingen der Schwindelsymptome |
| Wissen muss man aber auch | |
| | Man muss sich selbst ausreichend soweit informieren lassen, um sich der Erkrankung nicht ausgeliefert fühlen zu müssen |
| | Man muss vorab Vorsorge (z.B. mit Vomex®-Zäpfchen) vor einem zwar insgesamt seltenen, aber möglichen Anfall treffen |
| | Es ist sinnvoll, ein Handy mit Filmfunktion mit sich zu tragen, um Hilfe erbitten zu können und gegebenenfalls selbst die Augenbewegungen bei einer Schwindelattacke filmen zu können |
| | Das Führen eines Autos ist nicht mehr erlaubt |

heitsbild betrifft – sowohl hinsichtlich des Ist-Zustands als auch der Perspektive. Die Unsicherheit aufrechterhaltend

oder verstärkend sind dabei die vielfältigen und teilweise sehr auseinandergehenden Vorstellungen und Vorschläge

der Ärzte und anderer Experten zu diesem ebenso seltenen wie wechselhaften Krankheitsbild, das nach wie vor nicht bis in den Ursachen verstanden wird.

Aufklärung über die Natur der Erkrankung und die Rolle der Rehabilitation

Da viele Fragen offen bleiben oder sich oft verändern, kommen auch ärztliche Fragestellungen und psychotherapeutische Aufgaben auf die Physiotherapeuten zu. Da sich das Verständnis ebenso wie ein Nicht-Verstehen der Erkrankung auf die Gleichgewichts-Erhholung auswirkt, benennt *Grace* (11) in ihrem lesenswerten Beitrag zur »Rehabilitation von Patienten mit Menière« an erster Stelle die Aufklärung des Patienten über das Krankheitsbild. So beschreibt sie mit *Dowdal-Osborn* (8) als wichtigen Teil der Rehabilitation: »Aufklärung über die Natur der Erkrankung, die Rolle der Rehabilitation, ihre Möglichkeiten, Grenzen und Ziele mit der Anleitung (Eduktion) des Patienten zu Sicherungs- und Kompensations-Strategien.« Dies hat auch Einfluss auf die Möglichkeiten, dieses unvorhersehbare Krankheitsbild einzuschätzen und damit auch gegen den Kontrollverlust anzugehen.

Dann müsste sich der Therapeut allerdings mit dem Patienten und seinem Krankheitsbild besser vertraut machen als die überwiegend Betahistine verschreibenden Ärzte.

Zu Beginn der Therapie steht eine vertrauensvolle, empathische und positive Haltung, um oft vorherrschende, verständliche Vermeidungshaltung und Ängste abzubauen. Bei oft ungenügendem Informationsstand des Patienten gehört es auch zur Physiotherapie, das Krankheitsgeschehen des M. Menière und dessen Auswirkungen zu erklären, um Unsicherheit und Befürchtungen zu reduzieren.

Vestibuläre Physiotherapie bei M. Menière

Auch bei M. Menière erfolgt vestibuläre Physiotherapie problemorientiert

auf der Basis eines Befunds (s.o.). Zur subjektiven Erfassung kann ein vorher abgegebener Fragebogen (»Dizziness Handicap Inventory« [DHI]) wertvolle Aufschlüsse für die Anamnese und Untersuchung liefern (16).

Im Vordergrund der Therapie steht meist die vestibuläre Rehabilitation, die wissenschaftlich sehr gut belegt (15) und auch bei M. Menière wirksam ist und empfohlen wird (13).

Aufgrund der peripherer vestibulärer Organschädigungen kommt es zu einer Dysfunktion des vestibulären Systems. Dies zeigt sich in kurzzeitigem Schwindel bei Kopfbewegungen, Drehungen und Lagewechsel. Durch individuell angepasste, wiederholte Bewegungen des Kopfs und/oder Körpers kann der Schwindel kontinuierlich reduziert werden. Entscheidend ist dabei die sorgfältige Dosierung und regelmäßige tägliche Durchführung. Alternativ kann das *Cawthorne-Cooksey*-Übungsprogramm instruiert werden, das sehr gut untersucht und evident ist. Insbesondere als Selbstbehandlung bei einem künftigen erneuten Anfall führt es zu einer rascheren zentralen Kompensation.

Sind visuelle Probleme mit okulomotorischen Auffälligkeiten (Vergenz, Sakkaden, langsame Folgebewegungen, vestibulookulärer Reflex (VOR) zu finden, werden diese gezielt, abhängig von den Befunden, durch okulomotorische Heimübungen behandelt. Sehr hilfreich und effektiv ist die optokinetische Stimulation mit einem speziellen Gerät.

Tritt beim Abliegen, Aufsitzen, Drehen im Bett oder großen Kopfbewegungen ein Drehschwindel mit einer Latenz (Verzögerung) auf, könnte zusätzlich zum M. Menière ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) vorliegen. Bei M. Menière kommt ein BPLS gehäuft vor (1, 12). Um die Hypothese zu bestätigen, muss der »Dix Hallpike«- oder der »Side Lying«-Test für den posterioren Bogengang und der *Pagnini-McClure's*-Test für den horizontalen Bogengang durchgeführt werden. Bei einem positiven Test wird

das entsprechende Lagerungsmanöver durchgeführt.

Als Folge von okulomotorischen Störungen oder Gleichgewichtsproblemen kann es zu einer visuellen Abhängigkeit kommen. Die Verwendung visueller Fixpunkte ist anfangs zwar eine Hilfe, führt aber langfristig zu Einschränkungen verschiedener Funktionen (Okulomotorik, visuelle und somatosensorische Wahrnehmung, Nackenbeweglichkeit etc.) (22). Ziel ist es, die Somatosensorik als alternative Informationsquelle zu stimulieren und zu fördern sowie mit Übungen und Verhaltensänderung die visuellen Abhängigkeit abzubauen.

Liegen Gleichgewichtsprobleme vor, werden diese mit standardisierten Tests (»Berg Balance Scale«, »Dynamic Gait Index« oder »Functional Gait Assessment«, Mini-BESTest) erfasst, analysiert und mit einem individuell angepassten Übungsprogramm gezielt behandelt.

»Pacing« (Dosierung von Aktivität und Pause): Ist ein Vermeidungsverhalten zu beobachten, werden die Patienten angewiesen, sich dosiert und aufbauend mehr zu bewegen, beispielsweise durch ein regelmäßiges Gehtraining. Andererseits führt ein Zuviel an Aktivitäten zu einer Überreizung. Im Tagesverlauf nehmen die Symptome derart zu, bis die Betroffenen durch die Symptomexazerbation immobilisiert werden. Diese Personen müssen lernen, frühzeitig und regelmäßig Pausen zu machen.

Zusätzliche/begleitende Probleme

Gelegentlich kann reaktiv oder als beitragender Faktor eine Verspannung der Nackenmuskulatur oder andere Probleme der Halswirbelsäule vorliegen. Verantwortlich sind meist die Mm. sternocleidomastoidei, die Kopfextensoren oder die Mm. trapezius descendens. Allerdings sollte auch hier eine differenzierte Untersuchung und problemorientierte Behandlung erfolgen.

Ist gleichzeitig eine Polyneuropathie oder ein somatosensorisches Defizit vorhanden, ist dies für die Stand- und Gangunsicherheit mitverantwortlich. Dann erfolgt eine somatosensorische Stimulation und Wahrnehmungsförderung. Bei fortgeschrittener Erkrankung des M. Menière, einer bilaterale Vestibulopathie, nimmt die Förderung der Somatosensorik und Gleichgewichtstraining eine zentrale Rolle ein.

Tritt beim Heben von Gewichten, beim Husten, Pressen, Niesen und beim Nachvornebeugen der Schwindel auf, könnte es sich zusätzlich um eine Perilymphfistel handeln, welche gelegentlich beim M. Menière auftreten kann. Die Patienten werden instruiert, Alltagsaktivitäten wie Bücken oder Heben so anzupassen, dass kein erhöhter Druck im Kopf entsteht. Bei emotionaler Beteiligung durch Angst, Befürchtungen, Vermeidungshaltung sowie Symptomzunahme bei Stress, sich ärgern und ähnlichen Gefühlen steht die Aufklärung und Information, die Körperwahrnehmung (Somatosensorik) und der Umgang mit auslösenden Situationen im Zentrum der Therapie.

Gemeinsamkeiten und Überschneidungen der Physiotherapie mit psychotherapeutischen Verfahren

Gleichgewichtstraining und die Verhaltenstherapie beinhalten (2, 28):

- Die symptomorientierten Bearbeitung mit direktem Handeln, verbunden mit einem »Verhaltensexperiment« wie bei einer Exposition, um eine Habituation zu erreichen.
- Ausgesprochen oder unausgesprochen eine Kommunikation und günstigenfalls eine positive Veränderung von Gedanken und Vorstellungen (Kognitionen) zum Schwindelerleben, dessen Verursachung und seiner Bewältigung.
- Beruhigung durch eine sichere und sichernde Begleitung.

– Anleitung oder suggestive Interventionen vor einer Angst- und Schwindelbefürchteten Übung/Exposition, gegebenenfalls nach oder auch mit einem Entspannungsverfahren (z.B. progressiver Muskelentspannung nach *Jacobson*) (bei einer ängstlichen Übererregung [»Arousal«], Hyperventilation und der Angst vor Kontrollverlust ist ein Hinzu-Lernen erschwert, ebenso wie bei der Ruhigstellung – etwa mit Tavor®).

– Das »Lernen am Modell« des Therapeuten.

– Unterstützung bei Neu-Erlangung von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit.

– Wiederherstellung mentaler und somatischer Kompetenz.

– Herausfinden und Helfenlassen aus dem Teufelskreis Schwindel – Vermeidung – Schwäche – noch mehr Schwinden der Gleichgewichtsfähigkeiten.

Gemeinsamkeiten zwischen dem Gleichgewichtstraining und den tiefenpsychologischen Verfahren bestehen:

- im direkten »Beistehen in einer sicheren und sichernden Beziehung«,
- dem »Lernen am Modell«,
- sowie in der Begleitung durch schwierige, für den Patienten nicht immer bewusst zugänglichen, ihn verwirrenden Prozessen. Dabei kann der Therapeut sowohl den Part des sicheren Gegenübers wie auch des haltenden, stützenden und begleitenden »guten Objekts« einnehmen.

Bis zum Beweis des Gegenteils und dem Punkt, der professionell psychotherapeutisch weiter bearbeitet werden muss, helfen Gleichgewichtsanstrengungen auch bei reaktiv »psycho-genen« Schwindelzuständen. Besonders gefährdet sind die, die schon vorab Angst oder Depressionserkrankungen aufwiesen (9). Diese werden verständlicherweise durch Schwindelanfälle und -zustände nicht besser.

So lohnt sich oft eine aktivierende Physiotherapie vor einem operativen Eingriff. Vor allem wenn unklar geblieben ist, ob der Schwindel noch aus dem Innenohr oder vielleicht schon als Folge des einseitigen Gleichgewichtsausfalls, gegebenenfalls mit einem hinzugekommenen Lagerungsschwindel oder einer zunehmenden psychischen Komponente aufrechterhalten wird, lohnt sich der physiotherapeutische Ansatz.

Die Indikation für eine professionelle Psychotherapie wird dringlicher, wenn die mitgebrachten Probleme (mit der Erkrankung, aber auch die »schwindende und schwindelnde« Beziehungsgestaltung im privaten oder beruflichen Umfeld) die individuellen Ressourcen überschreiten. Dann resultiert zusätzlich »Stress« als Missverhältnis von objektiven und subjektiven Anforderungen gegenüber den individuellen oder infrastrukturellen Möglichkeiten.

Günstig ist natürlich, wenn ärztliche, psychotherapeutische und physiotherapeutische Ansätze gut abgestimmt Hand in Hand gehen können (19, 24).

Anders als man glauben mag, kommen Patienten mit einer längeren Krankheitsgeschichte besser durchs Leben als Patienten in einem frühen Stadium (26). Was sie unter anderem brauchen ist Wissen, Vertrauen, Ausgleichsmöglichkeiten, Annahme der Erkrankung und gegebenenfalls Neuorientierung und Unterstützung – und dazu kann auch die Physiotherapie gehören.

Fallbeispiel

Eine 80-jährige Patientin mit seit 28 Jahren bestehendem M. Menière berichtete über plötzlich auftretenden Schwindel bei schnellen Drehungen und Unsicherheit beim Gehen. Der Therapie stand sie skeptisch gegenüber und wirkte ängstlich. Sie gab zudem einen Druck im Kopf an. Das Schließen der Augen reduzierte die Symptome. Der Schwindel begann vor über einem Monat mit Erbrechen. Im »Dizziness

Handicap Inventory« (DHI) hatte sie 80 von 100 Punkten und in der »Vertigo Symptom Scale« (VSS) 71 von 136 Punkten (VSSvest 60 von 76 Punkten, VSSanx 11 von 60 Punkten).

Im »Dynamic Gait Index« (DGI) erreichte sie 19 Punkte. Insbesondere bei Drehungen ist sie unsicher. Im »Clinical Test for Sensory Interaction in Balance« (CTSIB) zeigte sich ein vestibuläres Muster (1 | 1 | 1 | 1–2 | 4 | 4). Bei den Stehversuchen war sie unsicher und der Romberg-Test war positiv. An Metatarsale 1 war der Vibrationssinn leicht reduziert (links 4,5/8, rechts 5/8). Die reaktive und aktive Fußstrategie war auffällig. Beim Test der Okulomotorik wurde eine leicht auffällige, langsame Blickfolge gefunden und der »Smooth Pursuit Neck Torsion Test« (SPNT) war positiv (zervikogener Einfluss).

In der 1. Sitzung wurden die Fußschaukel als Heimübung, eine selbstständige Stimulation der Fußsohle mit dem Noppenbrett sowie die Stabilisation der Halswirbelsäule (HWS) bei Lagewechsel instruiert. Bereits in der 2. Sitzung berichtete sie über eine Besserung. Eine Fusssohlenstimulation wurde angewandt. Bei der Instruktion des Tandemstands als Heimübung fiel auf, dass bei einer gleichzeitigen muskulären Stabilisation der HWS das Schwan-ken deutlich abnahm.

In der 3. Sitzung berichtete die Patientin, dass die Fußstimulation keinen Effekt hatte. Zur vestibulären Rehabilitation wurde ihr das Gehen mit Drehungen instruiert. Zusätzlich wurde sie zur langsamen Blickfolge als Heimübung angeleitet.

In der 4. Sitzung berichtete sie über eine Verschlechterung durch den Morbus Menière. Vestibuläre Rehabilitation reduzierte den Schwindel (1x Rotation des Oberkörpers im Stand). Erneut zeigte sich, dass bei einer Stabilisation der Hals-Wirbelsäule (HWS) durch die tiefen Muskeln der Druck im Kopf spürbar nachließ und sich die Gangsicherheit deutlich verbesserte.

In der 5. Sitzung wurde ihr das »Cawthorne Cooksey« (CC)-Programm instruiert, um dieses bei einem erneuten Anfall des Morbus Menière anzuwenden. Aufgrund der Schwindelanfälle in Ruhe und bei Lagewechseln wurde die Patientin aufgefordert, den Blutdruck in Situationen mit und ohne Schwindel zu messen. Zusätzlich zur muskulären Stabilisation der HWS wurden die kurzen Nackenextensoren und die Mm. sternocleidomastoidei behandelt, was den subjektiv empfundenen Druck im Kopf reduzierte. Mit dosiertem Hüpfen auf dem Trampolin zur vestibulären Rehabilitation nahm der Schwindel deutlich ab: 5 Sekunden hüpfen, stoppen und warten, bis der Schwindel weg ist; dann die Übung wiederholen.

Die Patientin berichtete in der 6. Sitzung von einem erneuten Schwindelanfall durch den Morbus Menière. Den daraus entstandenen Schwindel konnte sie mit dem CC-Programm in kurzer Zeit erfolgreich behandeln. Früher benötigte sie nach einem Schwindelanfall zwei bis drei Tage, bis sie wieder mobil war. Diesmal dauerte es mit der Anwendung des CC-Programms nur eine halbe Stunde. Die Ergebnisse der Blutdruckmessungen ergaben keinen Zusammenhang der Schwindelanfälle mit der Höhe des Blutdrucks. Die Behandlung der Mm. sternocleidomastoidei und der kurzen Nackenextensoren wurden fortgesetzt und die vestibuläre Rehabilitation durch Drehungen beim Gehen wiederholt.

In der letzten Sitzung wurden alle Heimübungen wiederholt. Nach neun Sitzungen konnte die Therapie mit einem DHI von 24 von 100 Punkten und einer VSS von 10 von 136 Punkten abgeschlossen werden.

Literatur

1. Balatsouras DG, Ganelis P, Aspris A, Economou NC, Moukos A, Koukoutsis G (2012): Benign paroxysmal positional vertigo associated with Meniere's disease: epidemiological, pathophysiologic, clinical, and therapeutic aspects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 121 (10), 682–688

2. Beidel DC, Horak FB (2001): Behavior therapy for vestibular rehabilitation. *J Anxiety Disord* 15 (1–2), 121–130
3. 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
4. Brandt T, Dieterich M, Strupp M (2012): Vertigo. Leitsymptom Schwindel. 2. Aufl, Steinkopff, Darmstadt
5. Bronstein A, Lempert T, Pavlou M (2017): Therapie von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. In: Bronstein A, Lempert T (2017): Schwindel. Schattauer, Stuttgart, 225–234
6. Cawthorne TE, Friedmann G (1969): Head movement exercises in the therapy of disorders of the equilibrium. *Schweiz Med Wochenschr* 99, 156–158
7. Cooksey FS (1946): Rehabilitation in vestibular injuries. *Proc R Soc Med* 39, 273–278
8. Dowdal-Osborn M (2002): Early vestibular rehabilitation in patients with Meniere's disease. *Otolaryngol Clin North Am* 35 (3), 683–690
9. Eckhardt-Henn A, Tschan R, Best C, Dieterich M (2009): Somatoforme Schwindelsyndrome. *Nervenarzt* 80, 909–917
10. Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ (2005): The role of vestibular rehabilitation in the treatment of Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 133 (3) 326–328
11. Grace E (2010): Rehabilitation of the Patient with Ménière's disease. In: Ruckenstein MJ (2010): Ménière's Disease. Evidence and Outcomes. Plural publishing, San Diego, Oxford, Brisbane, 123–134
12. Gross EM, Ress BD, Vuirre ES, Nelson JR, Harris JP (2000): Intractable benign paroxysmal positional vertigo in patients with Meniere's disease. *Laryngoscope* 110 (4), 655–659
13. Hansson EE (2007): Vestibular rehabilitation – For whom and how? A systematic review. *Advances in Physiotherapy* 9 (3), 106–116
14. Herdman SJ (2000): Vestibular rehabilitation. Contemporary perspectives in rehabilitation. 2nd edn, F.A. Davis Company, Philadelphia
15. Hillier SL, McDonnell M (2011): Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* CD005397
16. Kurre A, van Gool CJ, Bastiaenen CH, Gloor-Juzi 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), 359–367
17. Ruckenstein MJ (2010): Ménière's Disease. Evidence and Outcomes. Plural publishing, San Diego, Oxford, Brisbane, 162
18. Schaaf H (2017) Gleichgewicht und Schwindel. 7. Aufl, Asanger, Kröning
19. Schaaf, H (2009): Konzeptionelle Ansätze für eine psychotherapeutische Indikationsgruppe »Schwindel«. *Tinnitus-Forum* 4, 18–22
20. Schaaf H (2017): M. Menière. 8. Aufl, Springer, Heidelberg
21. Schaaf H (2016): Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. 4. Aufl, Asanger, Kröning

22. Schädler S (2016): Gleichgewicht und Schwindel, Grundlagen – Untersuchung – Therapie. Elsevier, Urban & Fischer, München
23. Staab J (2012): Chronic Subjective Dizziness. Continuum 18 (5), 1118–1141
24. Staab (2006): Assessment and management; of psychological problems in the dizzy patient. Continuum, 189–213
25. 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), 111–119
26. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ (2015): Mental health and subjective well-being of Individuals with Ménière's: crosssectional analysis in the UK Biobank. Otol Neurotol 36 (5), 854–861
27. Whitney S, Metzinger M, Rossi MM (2000): Efficacy of vestibular rehabilitation. Otolaryngologic Clinics of North America 33 (3), 639–672
28. Yardley L, Redfern MS (2001): Psychological factors influencing recovery from balance disorders. J Anxiety Disord 15 (1–2), 107–119

Anschriften der Verfasser:

*Dr. med. Helmut Schaaf
Gleichgewichtssambulanz
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail [hschaaf@
tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)*

*Stefan Schädler
Schwindeltherapie
Ahornweg 14
3400 Burgdorf
Schweiz
E-Mail [mail@
stefan-schaedler.ch](mailto:mail@stefan-schaedler.ch)*