

Über die Organik hinausgehender Schwindel

Psychosomatischer Schwindel in der HNO-Heilkunde

Helmut Schaaf


Vestibuläre Krisen stellen für die Betroffenen ein beängstigendes Ereignis dar. Auch deshalb kann das Symptom Schwindel manchmal das akute Ereignis überdauern. Dabei spielen verschiedene, teilweise ineinandergreifende Mechanismen eine Rolle. Werden diese erkannt und aufgeklärt, kann eine gute Grundlage für die Wiederherstellung des Gleichgewichts geschaffen werden. Vorgestellt werden im Folgenden Krankheitsbilder, die in der HNO-Praxis häufiger vorkommen.

Das Gleichgewicht erscheint als selbstverständlich gegeben. Dabei kann das Halten des Gleichgewichts ein schwieriges Unterfangen sein. Aber die innere „Repräsentation vom stabilen Ich in der Welt“ [1] ist eine aktive und dynamische Leistung des Gehirns. Dazu benötigt der Mensch unter anderem suffiziente vestibulookuläre und vestibulospinale Reflexe und hinreichend Augenfolgebewegungen. Eine vestibuläre Krise bricht daher „wie aus heiterem Himmel“ über einen Patienten herein und „zieht ihm den Boden unter den Füßen weg“, auf dem er bisher noch selbstverständlich zu stehen glaubte. Schwindel wird erlebt als ein Symptom, das ganz spezifisch das Gefühl der Kontrolle beeinträchtigt [2].

In der Folge kann sich ein andauernder Schwindel entwickeln, der allein durch den organischen Befund nicht erklärt werden kann. Dies betrifft im Bereich der HNO-Heilkunde beispielsweise ungünstig verarbeitete Vestibularisausfälle, Schwindelerkrankungen mit Wiederholungscharakter (M. Menière, vestibuläre Migräne) sowie nicht diagnostizierte oder nicht ausreichend behandelte Schwindelattacken durch einen gutartigen (!) Lagerungsschwindel. Aber auch Patienten mit „primär“ psychogen zu verstehendem Schwindel werden allein schon wegen ihres häufigen Vorkommens (rund 30 % aller Schwindelerkrankten [3, 4]) zur diagnostischen Abklärung in die HNO-Praxis kommen und dabei auch auf Hilfeleistung hoffen.

Der akute Vestibularisausfall

Beim akuten Gleichgewichtsausfall können mehrere Faktoren „schwindeln“ lassen. Das ist in allererster Linie der vesti-



Schwindel erleben Patienten oft als extrem beängstigendes Gefühl.

© Petra Albers / Shotshop.com

buläre Ausfall selbst. Seine Habituation hängt aber auch von den Erfahrungen während der akuten Erkrankung und dem weiteren Umgang damit ab. So kann in der Notfallsituation das schon ausreichend bedrohlich empfundene periphere Ereignis durch eine Verknennung als Herzinfarkt oder Schlaganfall *subjektiv* als eine lebensbedrohliche Erkrankung erlebt werden.

Meist wird dabei der Patient sediert, bevor ihn eine beruhigende Aufklärung entlasten kann. Dann nimmt er die Angst um die Lebensbedrohung mit – nicht selten bis zu seiner Entlassung. Bleibt dann auch in einer Phase, in der der Patient wirklich (wieder) aufnahmefähig ist, eine Entängstigung aus, werden selbst die gesündesten Persönlichkeitsstrukturen extrem auf die Probe gestellt. Hier kann eine frühzeitige, patientengerechte, mutmachende Aufklärung, am besten schon vor der Sedierung, aber spätestens nochmals, nachdem die Sedierung nachgelassen hat, extrem entängstigend wirken. Ein entsprechender günstiger Verlauf wird in der Checkliste in **Tab. 1** vorgestellt. Zur Unterstützung aller Beteiligten gibt es patientenverständliche Merkblätter zum Geschehen, auch mit Anleitungen zum frühen Üben. Diese stehen auch per Download zur kostenlosen Verfügung [5].

Merksatz: Ein Grund für einen anhaltenden Schwindel kann eine nicht gelingende „Readaptation“ auf die in der Akutphase sinnvolle Hemmung des vestibulären Systems sein.

Bleibt im Verlauf ein andauernder Schwindel und der Patient unsicher in seinen Bewegungen, und ist dies nicht mehr allein durch die Organik verstehbar, gibt es einen hilfreichen Erklärungsansatz, der das Geschehen von der vestibulären Grundlage und nicht „psychologisierend“ verstehen lässt. So haben die Kollegen in der Barany-Gesellschaft das Konzept der „ausbleibenden Readaptation“ nach einer vestibulären Krise erarbeitet [3, 7, 8]. Sie gehen davon aus, dass in einer Gleichgewichtskrise das zentrale Verarbeitungssystem eine schnelle Anpassung sucht, um dysfunktionale, in der Regel mit Angst verbundene Impulse aus dem vestibulären An-

Tab. 1: Checkliste für eine bestmögliche Habituation beim akuten Vestibularisausfall

1. Die richtige Diagnose nach einem angemessenen Untersuchungsgang stellen und sie möglichst dem Patienten mitteilen, ehe er sediert wird
2. (Erneute) Aufklärung des Patienten nach Abklingen der notwendigen Sedierung; es können drei Botschaften mit auf den Weg gegeben werden:
 - Beim Ausfall eines Gleichgewichtsorgans verbessern sich die Symptome in aller Regel, selbst wenn manchmal Restsymptome bleiben, wie etwa ein „Blicksprung“ bei sehr schnellen Bewegungen zur erkrankten Seite.
 - Es ist wahrscheinlicher, einen Sechser im Lotto zu haben, als bei diesem Krankheitsbild einen erneuten Gleichgewichtsausfall auf der gleichen Seite zu erleben.
 - Gleichgewichtsübungen beschleunigen die Erholung durch die Förderung der zentralen Kompensation.
3. Frühzeitig üben lassen: Dies kann schon im Bett mit leichten Kopfbewegungen und Fixierung des ausgestreckten Daumens beginnen: Wichtig ist, dass die Gleichgewichts- und Balanceübungen Stück für Stück gesteigert werden bis zu einem Schwierigkeitsgrad oberhalb der Normanforderungen [6].

teil zu hemmen (Adaptation). Durch diese zunächst sinnvolle Hemmung des vestibulären Anteils nimmt im Gleichgewichtssystem der Anteil der visuellen und der propriozeptiven Anteile zu. Dies führt zu einem relativen Überwiegen der visuellen Anteile im Sinne einer visuellen Dominanz.

Das visuelle System arbeitet aber nur in einer unbewegten Umwelt im Optimum. Subjektiv kann dann ohne vestibulären Bezugspunkt bei Bewegungen oder visuell anspruchsvollen Aufgaben anhaltend Schwindel erlebt werden. Um dies aufzufangen, können sich Strategien der Haltungskontrollen mit hochfre-

quenten, kleinamplitudigen Haltungskorrekturen verfestigen. Zusätzlich kann dies zur ängstlichen Beobachtung von an sich normalen Bewegungsabläufen führen. Ebenso kann es zu einer überdurchschnittlichen Ermüdung bei Anforderung an das Bewegungssystem und an das dafür nicht geschaffene und damit überlastete visuelle System kommen (**Abb. 1**).

In einer Schleife von gesteigerter, ängstlich beobachtender Reaktion auf Bewegungsreize und ängstlichem Sicherungsverhalten erhöht sich die „neurovegetative Sensibilität“ und das Risiko für eine psychogene Komorbidität. Dies

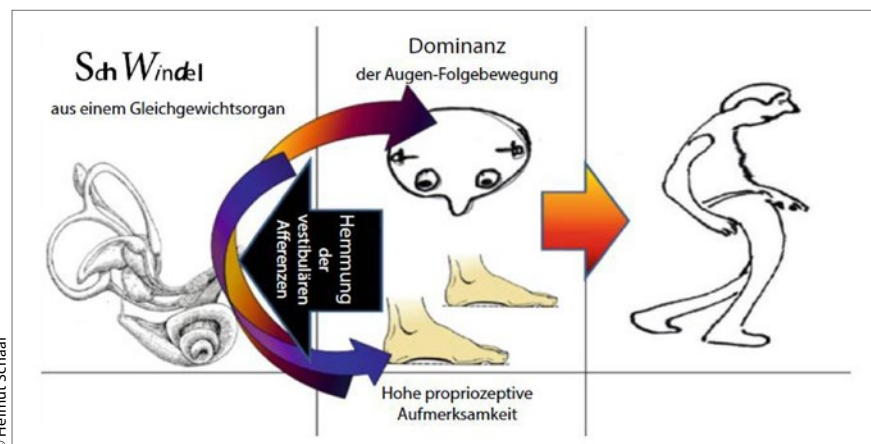


Abb. 1: Während einer akuten vestibulären Störung werden die das ZNS irritierenden Impulse gehemmt. Dadurch überwiegen im Gleichgewichtssystem relativ die visuellen und propriozeptiven Informationen. Dies führt zu einem von Vorsicht geprägtem Sicherungsverhalten wie beim Gehen auf unsicherer Unterlage.

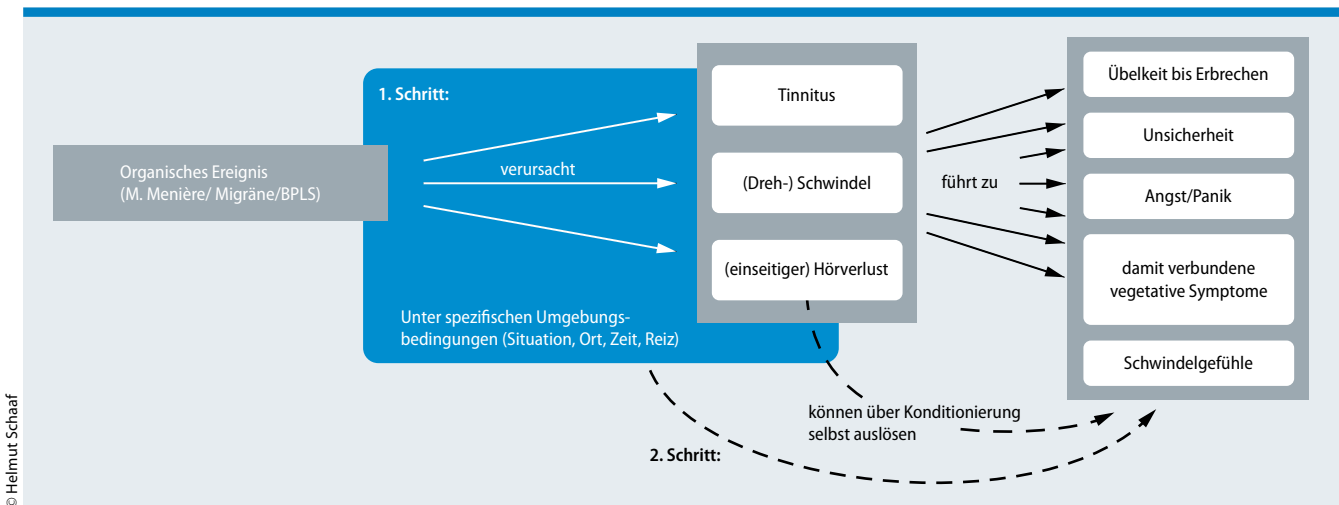


Abb. 2: Verbindung vestibulärer und psychischer Anteile des Schwindels durch Konditionierung [10]

kann über den Angstkreislauf wiederum Einfluss nehmen auf die Verarbeitung der vestibulären Afferenzen.

So kann es auf Dauer sowohl aus organischen Gründen (Hemmung der verwirrenden organischen Impulse) wie auch aufgrund der Angstreaktion zu einer „doppelten Hemmung“ des Informationsflusses des vestibulären Systems kommen: fehlende Rückanpassung als Grundlage von chronischem Schwindel [9]. Fatal ist, wenn in diesem Zusammenhang ein mit 30 % doch relativ häufiger folgender Lagerungsschwindel übersehen wird. Dies verstärkt verständlich und unnötig Ängste und verleitet zu Fehldiagnosen wie etwa einem M. Menière. Auch deswegen sollte vor jeder „Psycho-Einschätzung“ eine basale organische Untersuchung erfolgen.

Organische Erkrankungen mit rezidivierendem Schwindel

Patienten mit rezidivierenden organischen Schwindelerkrankungen, etwa einem M. Menière, einer vestibulären Migräne aber auch einem unbehandelten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) sind besonders gefährdet, zusätzlich einen somato-psychischen Schwindel zu entwickeln. Zu den beim einmaligen Vestibularisausfall geschilderten Adaptations- und Readaptationsprozessen werden dabei auch Prozesse der operanten und klassischen Konditionierung sowie kognitive Prozesse wirksam.

Reaktiver psychogener Schwindel

In der Regel sind es 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 [2]. Primär löst nur das Innenohrgeschehen (Dreh-) Schwindel, Unsicherheit, Angst und Panik und vielfältige vegetative Angstsymptome aus (Abb. 2).

Bei entsprechender Sensibilität können dann bestimmte Begleitumstände auslösend für das Erleben von Schwindel sowie Angst- und Panikgeschehen sein. Das organische Ereignis tritt in den Hintergrund und die Begleitumstände können die vorher organisch bedingten Reaktionen erleben lassen. Diese Begleitumstände können sein:

- die räumliche Situation, 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.

Die Auslöser des nun wiederholt erlebten Schwindels können im Verlaufe der „Reizgeneralisierung“ immer unspezifischer werden. Hinzu kommen meist

noch weitere Prozesse auf dem Niveau der kognitiv-emotionalen Verarbeitung, ungünstige Grundannahmen und beispielsweise kognitive Verzerrungen.

Beim M. Menière, der vestibulären Migräne und einem rezidivierten BPLS kommt ungünstig hinzu, dass diese nicht-organischen Anteile unspezifisch und unvorhersehbar, aber eben auch deswegen umso wirksamer durch real organische Drehschwindelattacken verstärkt werden können.

Die Wahrscheinlichkeit, so einen zusätzlich psychogenen Schwindel zu bekommen, erhöht sich darüber hinaus bei einer schon vorbestehenden psychischen Erkrankung [11]. Die Veränderung des Geschehens wird oft erst mit starker Verzögerung erkannt, wenn von „Restzuständen“ nach einer organischen Läsion ausgegangen wird.

Psychosomatischer und psychogener Schwindel

Merksatz: Bei Angst und Panikstörungen wird statt Angst Schwindel wahrgenommen.

Der primär psychogene oder somatoforme Schwindel spielt sich ätiologisch und im Erleben überwiegend auf der Empfindungsebene und in der emotionalen Welt des betroffenen Patienten ab. Der dabei empfundene Schwindel ist für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet [4, 12].

Angst und Panikstörungen

Bei Angststörungen können sowohl Schwindelanfälle als auch Dauerschwindel auftreten. Neben den Schwindelsymptomen beklagen die Patienten oft eine ständige innere Anspannung und Nervosität, frei flottierende Angst, Zukunftsängste, psychomotorische Unruhe und Ein- und Durchschlafstörungen. Meist werden Ängste benannt, wie dass dem Patienten durch den Schwindel oder „im Schwindel“ etwas passieren könnte. Hinzu kommen oft weitere unheilvolle Vorahnungen. Schwindelanfälle im Rahmen einer Panikstörung können in schwersten Fällen mehrmals täglich und auch in der Nacht auftreten. Die Gefahr, dass diese Erkrankung als M. Menière (Hydropische Ohrerkrankung) verkannt wird, ist hoch, was die Angst in der Regel vergrößert.

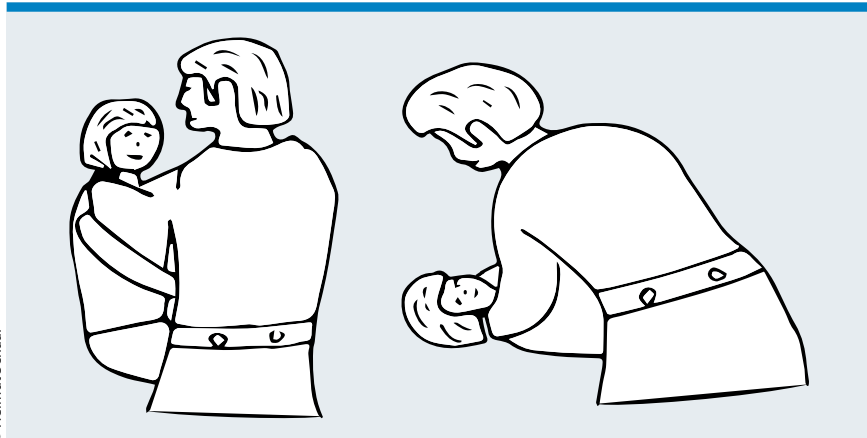
Schwindel als Ausdruck einer phobischen Störung

Die häufigsten phobischen Störungen, die psychogenen Schwindelerkrankungen zugrunde liegen, sind die Agoraphobie und die Soziophobie [4]. 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.

Macht sich die Angst als Schwindelgefühl bemerkbar, 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. Das oft ausgeprägte Vermeidungsverhalten wird subjektiv nicht als solches empfunden, sondern als Folge der Schwindelerkrankung gesehen.

Schwindel im Rahmen von Depressionen

Schwindelbeschwerden können auch bei selbst nicht wahrgenommenen Depressionen zum führenden Symptom werden, etwa nach Trennungen und oder Verlusten. Wahrgenommen wird meist ein Dauerschwindel oder diffuser Schwindel. Hierbei kann es vereinzelt zu Tagesschwankungen kommen: „Abends geht der Schwindel zurück.“ Hinzu kommen ein sozialer Rückzug, Zukunfts-



© Helmut Schaaf

Abb. 3: Ausgangsposition und erster Schritt des Epley-Lagerungsmanövers zur Diagnostik eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel

ängste und nihilistische Gedanken bis hin zu Befürchtungen, „Wenn der Schwindel nicht weggeht, kann ich nicht mehr leben!“ Die Symptome werden als Folge des Schwindels interpretiert.

Aber Achtung: Für die Annahme eines psychogenen Schwindels reicht nicht die Abwesenheit des organischen Befundes aus, es ist vielmehr zwingend eine psychologische Diagnose notwendig, die das Schwindelgeschehen psychodynamisch oder aus der Kenntnis der Lerngeschichte stimmig erklären kann.

Drei Schritte auf dem Weg zu einem besseren Gleichgewicht

Merksatz: Keine Angst vor „Psycho“-Schwindel! Auch diese Patienten erwarten beim HNO-Arzt keine Psychotherapie, sondern eine Abklärung der Organik, wenn möglich verbunden mit einer Aufklärung und einer Hilfestellung für den organischen Anteil.

Schritt 1: eine hinreichende Untersuchung

Auch wenn bei einem anhaltenden Schwindelgeschehen meist keine akuten körperlichen Veränderungen zu erwarten sind, gibt es gute Gründe, auch diese Patienten ausreichend organisch zu untersuchen. So kommt nicht selten doch noch eine relevante Erkrankung zum Vorschein, wie etwa ein BPLS oder eine Polyneuropathie. Diese Erkrankungen benötigen eigene Behandlungen. Auch manche Menière-Diagnose steht auf

wackligen Füßen und kann sich im Verlauf nicht selten als die Kombination anderer Erkrankungen erweisen.

Ein weiterer guter Grund für eine angemessene, aber auch nicht übertriebene Zusatzdiagnostik, ist das Vertrauen, dass zwischen Untersucher und Patient entsteht. Auch ohne apparativen Aufwand können klinische Untersuchungen des vestibulookulären Reflexes mit Hilfe des Kopf-Impuls-Tests, eine Überprüfung der Augenfolgebewegungen und des „verschärften Romberg Tandem“ Stehversuchs zielführend sein. Da der BPLS den häufigsten organischen Schwindel darstellt und sich statischen apparativen Untersuchungen entzieht, sollte dieser *immer* mit Lagerungsmanövern abgeklärt werden (**Abb. 3**).

Gut ist sich zu vergegenwärtigen, dass die Patienten in der Regel nicht zum HNO-Arzt kommen, weil er als Psycho-

Definition: „Psychosomatischer Schwindel“

Unter dem Begriff „psychosomatischer Schwindel“ kann man Phänomene zusammenfassen, bei denen das Symptom Schwindel in seiner unmittelbaren pathophysiologischen Fundierung zwar organisch bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren bei der Entstehung, Verschlimmerung oder Aufrechterhaltung des zugrundeliegenden Krankheitsbilds in erheblicher Weise wirksam werden [12].

experte gilt, sondern weil er etwas von Schwindel versteht. Wenn die klinische Kompetenz erlebbar wird, kann ein Patient darüber hinaus auch mögliche emotionale Aspekte benennen.

Von ihren Ängsten und ihrem Vermeidungsverhalten berichten Patienten oft spontan, wobei sie beides dem Schwindelerleben zuschreiben („Ich traue mich wegen des Schwindels nicht mehr, in den Supermarkt zu gehen“, „Ich habe Angst vor ...“ oder „Immer, wenn ...“).

Um eine mögliche Depressivität abzufragen, können oft wenige Fragen helfen [3]: „Fühlen Sie sich traurig oder depressiv?“ „Haben Sie das Interesse an bestimmten Dingen verloren?“ Oder auch indirekte Fragen wie: „Denken andere, dass Sie sich viele Sorgen machen?“ „Unternehmen Sie wegen des Schwindels weniger?“

Am Ende bleiben zwei Fragen:

1. Hat der Patient aktuell eine neurootologische Erkrankung?
2. Wenn ja, erklärt diese allein alle erkennbaren Symptome?

Schritt 2: Erklären, so gut es möglich ist

Es ist für Betroffene schon schwer genug, einen somatisch ausgelösten Schwindel zu verstehen und zu bewältigen. Es wird nicht leichter, wenn zusätzliche Faktoren hinzukommen. Deswegen kommt der Erklärung und Aufklärung so großes Gewicht zu. So kann es befreiend sein, zu verstehen, warum nach einem ehemals körperlichen Schaden noch ein Restschwindelzustand übrigbleiben oder ein „Dauerschwindel“ entwickeln kann.

Die Erklärungen sollten möglichst positiv gehalten sein. Wenn Einschränkungen benannt werden müssen, sollte die Perspektive auf die Überwindung der Defizite angelegt sein. Kontraproduktiv sind Versprechungen, die nicht eingehalten werden können. Enttäuschte Hoffnungen sind auch eine ernsthafte Nebenwirkung. Günstig ist es, wenn die notwendige Sicherheit vermittelt werden kann, dass für die Bewältigung eine gute Grundlage, etwa ein zu verbesserndes Gleichgewichtssystem vorhanden ist. Hilfreich können folgen Aussagen sein, wenn sie stimmig sind:

—Mein Fachgebiet betreffend ist soweit

erkennbar alles in Ordnung. Eine gute Funktionsfähigkeit ist abzusehen.

—Dies ist eine gute Grundlage für die weitere Stabilisierung bis zur Wiederherstellung ihres Gleichgewichts.

Ziel ist, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und aus der Vermeidung herauszuhelfen. Auch kann die Herausgabe von „Handouts“ das vielleicht nicht gleich Verstandene oder Behaltene nachhaltiger vermitteln.

Wenig hilfreich sind Äußerungen wie: „Sie haben nichts!“ – wo der Patient doch den Schwindel real erlebt. Ungünstig demotivierend sind verbal aber auch nonverbal vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an.“

Schwindelerhaltend können Doppelbotschaften sein wie: „Sie haben nichts, aber... nehmen Sie dieses Medikament.“ Ungünstig sind weiterhin

- Medikamente, die Gleichgewichtsfunktionen dämpfen, dazu gehört auch Arlevert mit seinem relevanten Dimenhydrin-Anteil.
- unnötige Eingriffe oder häufige Wiederholungen von Untersuchungen und
- Bagatelldiagnosen und sonstige Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner organischen Sichtweise der Erkrankung verstärken können.

Schritt 3: Ermutigung zum Ausbau der Gleichgewichtsfähigkeiten

Hilfreich und evidenzbasiert [13] ist bis zum Beweis des Gegenteils die Durchführung eines Gleichgewichtstrainings. Dieses gelingt eher unter Anleitung und in der Gruppe, etwa bei engagierten Physiotherapeuten. Diese Physiotherapie kann „bei Schwindel unterschiedlicher Genese“ mit dem Indikationsschlüssel „SO3a: Leitsymptomatik Gang- und Standunsicherheit, Verunsicherung, Angstzustände“ verschrieben werden. Ist der visuelle Schwindel führendes Symptom, sollte sich die Rehabilitation auf die visuelle Desensibilisierung mithilfe von optischen Bewegungsstimuli von zunehmender Größe und Dauer orientieren [6].

Bei einem überwiegend psychogenen Schwindel ist die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Diese wird umso eher aufgesucht, je weniger man sich

dorthin abgeschoben oder verwiesen fühlt. Sachgerecht indiziert können auch Antidepressiva den Therapieverlauf bei psychogenen Schwindelformen günstig beeinflussen. Die modernen Antidepressiva sind dabei in aller Regel günstiger als häufig unkritisch eingesetzte Sulpirid-Präparate. Sulpirid ist anders als suggeriert kein spezifisches „Schwindel“-Medikament, sondern ein Antidepressivum auf atypischer neuroleptischer Basis, das nicht als erste Wahl in der Angst- und Depressionsbehandlung gilt.

Fazit

Auch bei einer zusätzlichen psychischen Beteiligung am Schwindelgeschehen ist die Kernkompetenz des HNO-Arztes gefragt, um aufrechterhaltende organische Ursachen ausschließen und zu behandeln. Das gilt im Fachgebiet vor allem für den zu oft übersehenen oder nicht adäquat therapierten BPLS. Auch bei organischen Schwachstellen hängen Verlauf, Erleiden und Erleben der Erkrankung wesentlich von der Verarbeitung ab. Diese kann der HNO Arzt mit Sachkenntnis und Zuversicht unterstützen. Letztlich brauchen die Patienten all das, was wir uns auch wünschen, wenn wir einen Kollegen zu Rate ziehen.

Literatur:

1. Bronstein A. et al. Schwindel. 2. Auf. 2017
2. Eckhardt-Henn A et al. Psychother Psychosom Med Psychol 1997; 47: 403-9
3. Staab, JP. Continuum 2012; 18: 1118-41
4. Eckhardt-Henn A et al. Nervenarzt 2009; 80: 909-17
5. Schaaf H et al. Schwindel Essentials, Elsevier 2019
6. Schädler S. Ratgeber Schwindel, Urban und Fischer 2019
7. Staab JP et al. J Vestib Res 2017; 27: 191-208
8. Staab JP. Continuum 2006; 189-213
9. Schaaf H. HNO-Nachrichten 2018; 48(2): 3-35
10. Schaaf H. M. Menière. 8. Auflage. Springer, Heidelberg 2017
11. Best C et al. J Neurol 2009; 256(1)
12. Lamparter U et al. Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin, Schattauer 2002: 354-61
13. Hillier SL et al. Cochrane Database of System Rev 2011; Issue 2 p. CD005397

Dr. med. Helmut Schaaf
Gleichgewichtsamбуlanz der
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
im Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
E-Mail: Hschaaf@tinnitus-klinik.net