

Schwindel hat immer eine somatische und eine psychische Erlebnisdimension, ist also immer „psychosomatisch“.

© 9nong / stock.adobe.com; Symbolbild mit Fotomodell

Psychosomatischer Schwindel in der HNO-Heilkunde

Einfluss der seelischen Verfassung auf das Gleichgewichtsempfinden

Helmut Schaaf

Das Gleichgewicht zu halten, kann ein schwieriges Unterfangen sein, und es ist keineswegs selbstverständlich, sondern eine Leistung des Gehirns. Das Gefühl von Haltung und Raum gibt uns Zuversicht, sicher in der Welt verankert zu sein. Umso drastischer wirkt sich ein unerwarteter Verlust des Gleichgewichts aus, sei es aus organischen oder psychischen Gründen. Der dabei erlebte Schwindel enthält immer eine somatische und eine psychische Erlebnisdimension, ist also immer „psychosomatisch“.

Unter einem psychosomatischen Schwindel lassen sich nach Lamparter [1] 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 Krankheitsbildes in erheblicher Weise wirksam werden [1]. Selbst 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 Berufsunfähigkeit [2].

Das Gleichgewicht

Das Gleichgewicht zu halten, kann ein schwieriges Unterfangen sein. Dabei ist das erlebte Gleichgewicht keineswegs selbstverständlich, sondern eine Leistung des Gehirns, das dazu verschiedene afferente Sinne nutzt, vor allem das vestibuläre, das somatosensorische und das visuelle System. Im engen Wechselspiel von Sensorik und Motorik bewertet das Gehirn beständig Eigen- und Umweltbewegungen und erzeugt dabei eine innere – stets subjektive – Repräsentation (oder gar Illusion) vom stabilen Ich in der Welt [3]. Dazu bedarf es suffizienter vestibulookulärer Reflexe (VOR; „vestibulo-ocular reflex“)

und suffizienter Augenfolgebewegungen, aber auch des Gefühls von Haltung und Raum sowie der – in der Regel unhinterfragten – Zuversicht, sich in der Welt sicher verankert zu fühlen.

Eine vestibuläre Krise „bricht“ meist „wie aus heiterem Himmel“ über einen Patienten ein und „zieht ihm den Boden unter den Füßen weg“. Die dabei erlebte Störung des bis dato selbstverständlich geglaubten Gleichgewichtes beinhaltet immer eine somatische und psychische Erlebnisdimension, ist also immer „psychosomatisch“, wenn auch in unterschiedlichster Gewichtung. Schwindel wird dabei erlebt als ein Symptom, das ganz spezifisch das Gefühl der Kontrolle beeinträchtigt [3].

In der Folge kann sich ein überdauernder Schwindel entwickeln, der allein durch den organischen Befund nicht erklärt werden kann. Dies betrifft im Bereich der HNO-Heilkunde u. a. ungünstig verarbeitete Vestibularisausfälle, Schwindelerkrankungen mit Wiederholungscharakter wie ein M. Menière, die vestibuläre Migräne oder nicht diagnostizierte oder nicht ausreichend behandelte Schwindelattacken durch einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS). Ein Grund für einen anhaltenden Schwindel kann also eine nicht gelingende „Re-Adaptation“ 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 primär von der vestibulären Grundlage und nicht ausschließlich „psychologisierend“ verstehen lässt. Dabei spielen Elemente einer fehlenden Rückanpassung an die im Anfall sinnvolle Hemmung der vestibulären Funktionen eine wichtige Rolle. Dies hat wesentlich die Arbeitsgruppe um Staab herausgearbeitet und als „Persistent Perceptual and Postural Dizziness (PPPD)“ klassifiziert [4, 5].

Das Konzept der „ausgebliebenen Readaptation“

Als Kernkriterien des „Persistent Perceptual and Postural Dizziness“ (PPPD) werden benannt (**Box 1**):

- ein nicht vestibulärer Schwindel über mehr als drei Monate,
- eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen, seien es Eigenbewegungen oder Bewegungen in der Umwelt,
- Schwierigkeiten bei komplexen und präzisen visuellen Anforderungen und Aufgaben.

Ereignisse, die einem „Persistent Perceptual and Postural Dizziness“ vorangehen können, sind

- vestibuläre Irritationen wie ein Vestibularisausfall, ein gutartiger Lagerungsschwindel, ein M. Menière oder eine vestibuläre Migräne,
- eine andere, primär internistische Erkrankung (etwa Synkopen),
- eine akute Angstattacke (Panikattacke).

Staab et al. gehen davon aus, dass das zentrale Nervensystem in der Lage ist, bei Gleichgewichtskrisen dysfunktionale Impulse aus dem betroffenen Anteil zu hemmen [4]. Als wesentlicher aufrechterhaltender Faktor konnte das Angstsystem herausgearbeitet werden, dass (unbewusst) die Balance (Ausgleichsbewegungen) beeinflussen kann. Das limbische System hat bei Angst – auch ohne organische Schwindelquelle – die

Box 1: Kernelemente eines PPPD, nach [4]

- A Schwindel oder Unsicherheit – oder beides – werden typischerweise länger als drei Monate an den meisten Tagen empfunden.
- B Die Symptome sind auch ohne spezifische Auslöser vorhanden, sie können sich aber steigern [Exazerbation] bei
 - aufrechter Körperhaltung,
 - aktiven oder passiven Eigenbewegungen, ohne dass dies einen Bezug zu einer bestimmten Position oder Richtung hat,
 - der Exposition von großflächigen, bewegten Objekten oder komplexen visuellen Anforderungen,
 - der Durchführung kleinflächiger, präziser visueller Aufgaben.
- C Die Störung wird durch Bedingungen ausgelöst, die Schwindel, Unsicherheit oder Übelkeit verursachen oder Probleme mit Balance beinhalten, einschließlich akuter, episodischer oder chronischer vestibulärer Syndrome, anderer neurologischer oder medizinischer Krankheiten oder psychischer Krisen.
- D Die Symptome führen zu erheblichen Belastungen oder Funktionsstörungen.
- E Die Symptome können keiner anderen definierten Erkrankung oder Störung zugeordnet werden

Möglichkeit, die Schwelle für Impulse aus den Gleichgewichtsorganen zu erhöhen. Dazu reagieren mehr als 85 % der Gleichgewichtskerne im Hirnstamm und Kleinhirn mittels des Serotonins oder seinen Gegenspielern. Da ein Schwindel – in aller Regel – mit mehr als verständlichen Angstgefühlen einhergeht, kann es im Anfall zu einer „doppelten Hemmung“ kommen, sowohl durch die Hemmung der organisch bedingten Störung wie durch die begleitende, ggf. überdauernde Angst.

Wenn diese primär sinnvollen Adaptationen nicht aufgegeben werden können („ausgebliebene Readaptation“), dominieren im Gleichgewichtssystem das visuelle und das propriozeptive System. Da das visuelle System nur in einer unbewegten Umwelt als Referenz zur räumlichen Orientierung in der Lage ist, führt eine „visuelle Dominanz“ zur Destabilisierung, sobald die Umwelt in Bewegung ist, etwa mitten im Auto- oder Fußgängerverkehr. So können fälschlich Scheinbewegungen wahrgenommen werden.

Es können aber auch Bewegungen empfunden werden, wenn man durch lange Supermarktgänge und an anderen kontrastreichen Umgebungen wie langen Gartenzäunen vorbeigeht. Oder es werden eigene Bewegungen verkannt, etwa: Kommt meine Hand zum Kopf oder geht der Kopf zur Hand? Oder: Gehe ich auf einen Gegenstand zu oder kommt er auf mich zu?

Die Überforderung des visuellen Systems hat auch Auswirkungen auf Tätigkeiten, die normalerweise nicht mit einer eingeschränkten Leistung des vestibulären Systems in Verbindung gebracht werden würden. Das gilt für Aufgaben mit komplexen und präzisen Anforderungen wie etwa Computerarbeiten oder lange Autofahrten, bei denen das visuelle System gefordert ist. Das zieht wiederum eine größere Ermüdbarkeit der

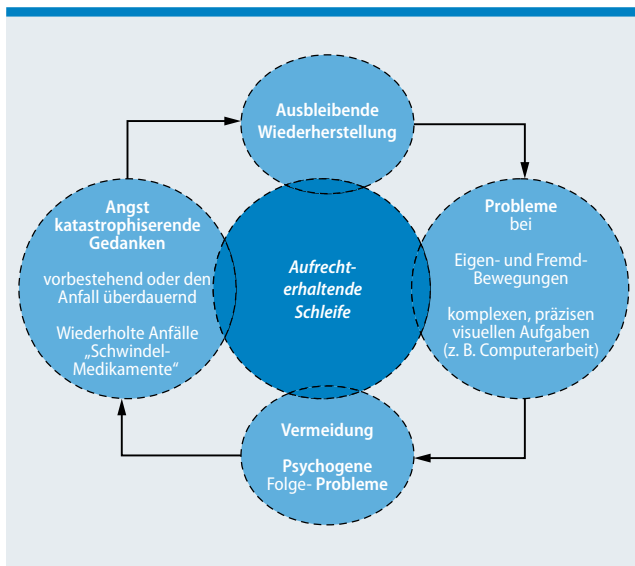


Abb. 1: Die von Staab 2012 beschriebene „aufrechterhaltende Schleife“ von „ausbleibender Wiederherstellung“ und bewegungsabhängigen „auslösenden Faktoren“, adaptiert nach [6].

Schleistung, ggf. Kopfschmerzen und eine größere Erschöpfbarkeit nach sich.

Als Reaktion weisen die Betroffenen eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Haltungsveränderungen auf, seien sie durch Fremd- oder Eigenbewegungen oder durch die visuelle Umgebung hervorgerufen (Auslöser). Dies ruft vermehrt hochfrequente, kleinamplitudige Haltungskorrekturen hervor und etabliert Strategien der Haltungskontrollen, die zum Ausgleich eines hohen (Sturz-)Risikos angemessen wären [„Gehen auf Glatteis“]. Wenn das Anpassungsverhalten nach dem Schwindelanfall nicht aufgegeben werden kann, bleibt eine Fehladaptation. Deswegen müssen Anpassungsleistungen, die im akuten Stadium sinnvoll sind, wieder aufgegeben werden, wenn die Störung beendet ist.

Eine anhaltende Hemmung und damit ein anhaltendes Schwindelgefühl kann z. B. bleiben, wenn die Angst überdauert. Dabei kann die Angst das Leben auch vorher schon begleitet haben oder sich mit dem Schwindel entwickeln und verstärken. Die Angst und Vorsicht koppelt sich oft ungünstig mit einem Vermeidungsverhalten, was wiederum dazu führt, dass bestehende Fähigkeiten nicht mehr genutzt und ein Stück weit „verlernt“ werden.

In extremen Fällen führt das zum „Liegen bleiben“, weil Bewegungen als Schwindel erlebt werden. Dies kann zu einer permanenten Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize mit einem anhaltenden Sicherungsverhalten führen. Die gleichen Faktoren erhöhen das Risiko für eine Angsterkrankung oder depressive Reaktion – und dann wieder für eine Fehladaptation. Im ungünstigsten Fall kann sich eine aufrechterhaltende Schleife von ausbleibender Wiederherstellung und bewegungsabhängigen auslösenden Faktoren verfestigen. Dann bleiben die Betroffenen subjektiv und überdauernd in einem Zustand der Fehladaptation (**Abb. 1**) [7].

Wer ist gefährdet?

Die Entwicklung hin zu einem wieder funktionierenden Gleichgewicht kann verzögert werden bei

- Personen mit wenig eigener und professionell vermittelter Zuversicht in den Erfolg,
- Menschen, die gleichgewichtshemmende Medikamenten „gegen den Schwindel“ einnehmen statt Gleichgewichtsübungen durchzuführen,
- Übersehen einer möglicherweise vorbestehenden oder sich mit dem Schwindel entwickelnden psychischen Beeinträchtigung,
- der Vermeidung von Aktivitäten, die weiter möglich und nötig sind, um wieder auf die Beine zu kommen, durch die Betroffenen.

Beim akuten Gleichgewichtsausfall können mehrere Faktoren „schwindeln“ lassen. Das ist in allererster Linie der vestibuläre Ausfall selbst. Der Verlauf einer Störung des Gleichgewichtes hängt danach aber auch von den Erfahrungen während der akuten Erkrankung und dem weiteren Umgang ab (ausführlich siehe [8]).

Operante und klassische Konditionierung bei rezidivierenden Schwindelerlebnissen

Zusätzlich zuden Adaptations- und Readaptationsprozessen werden bei Patienten mit rezidivierenden organischen Schwindelerkrankungen, etwa einem M. Ménière, einer vestibulären Migräne, aber auch einem – unbehandelten – benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) oft auch Prozesse der operanten und klassischen Konditionierung [9] sowie kognitive Prozesse wirksam [7]. In der Regel sind es die bei organisch bedingtem 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 organische Geschehen Schwindel, Unsicherheit, Angst und Panik und vielfältige vegetative Angst-Symptome aus.

Bei entsprechender Sensibilität können dann bestimmte Begleitumstände auslösend für das Erleben eines Schwindels und Angst- und Panik-Geschehens wirken. Das organische Ereignis tritt in den Hintergrund, und die Begleitumstände können die – vorher organisch bedingten – Reaktionen „erleben“ lassen.

Die Auslöser des nun wiederholt erlebten Schwindels können im Verlaufe der sog. „Reizgeneralisierung“ immer unspezifischer werden. Hinzu kommen meist noch weitere Prozesse auf dem Niveau der kognitiv-emotionalen Verarbeitung, ungünstige Grundannahmen und beispielsweise kognitive Verzerrungen [7].

Beim M. Ménière, der vestibulären Migräne und einem rezidivierten BPLS kommen 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, auf diese Weise einen zusätzlich psychogenen Schwindel zu bekommen, erhöht sich darüber hi-

naus bei einer schon vorbestehenden psychischen Erkrankung [2].

Drei Schritte auf dem Weg für ein verbessertes Gleichgewicht

Schritt 1: Eine hinreichende Untersuchung

Die Krankengeschichte führt – zusammen mit basalen Untersuchungen – in bis zu 90 % der Fälle zur Diagnose. 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.

Gut ist, sich zu vergegenwärtigen, dass die Patienten in der Regel nicht zum HNO-Arzt kommen, weil er als Psychoexperte gilt, sondern weil er etwas von Schwindel versteht. Wenn die klinische Kompetenz erlebbar wird, kann ein Patient darüber hinaus auch mögliche emotionale Aspekte benennen [3]: So ist ein weiterer guter Grund für eine angemessene, aber auch nicht übertriebene Zusatzdiagnostik das Vertrauen, dass dabei zwischen Untersucher und Patient entsteht. Auch ohne apparativen Aufwand können klinische Untersuchungen des vestibulookulären Reflexes mit Hilfe des Kopf-Impuls-Testes, eine Überprüfung der Augenfolgebewegungen und des „verschärften Romberg „Tandem“ Stehversuches zielführend sein. Da der BPLS den häufigsten organischen Schwindel darstellt und sich statischen apparativen Untersuchungen entzieht, sollte dieser immer mit einem Lagerungsmanöver abgeklärt werden.

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

Um eine mögliche Depressivität abzufragen, können oft wenige Fragen helfen [6]:

- Fühlen Sie sich traurig oder depressiv?
- Haben Sie das Interesse an bestimmten Dingen verloren und indirekt: Denken andere, dass Sie sich viele Sorgen machen?
- Haben Sie aufgehört, wegen des Schwindels Aktivitäten zu unternehmen?

Am Ende bleiben für den Behandelnden zwei Fragen:

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

Grob gilt, dass jeder Dauerschwindel ohne Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnervenbeeinträchtigung am ehesten psychogen zu erklären ist, da nahezu alle organisch bedingten Schädigungen mit Schwindel meist nach wenigen Wochen kompensiert werden. Wichtige Ausnahmen sind neurologische Erkrankungen wie eine Multiple Sklerose oder ein M. Parkin-

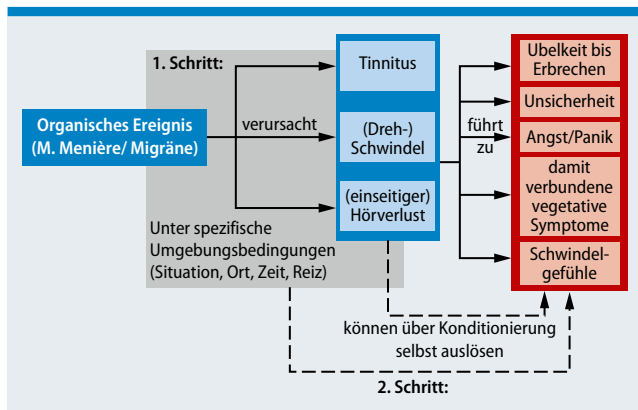


Abb. 2: Verbindung vestibulärer und psychischer Anteile des Schwindels durch Konditionierung [7]

son. Der Verdacht auf psychogene Anteile wird größer, je vielfältiger die Beschwerden erlebt und geschildert werden.

Dabei orientiert sich der psychosomatische Schwindel in der subjektiven Empfindung des Patienten meist an einem vorangegangenen organischen Ereignis, während er in seiner Ausprägung und Gestaltung von der nun einsetzenden psychischen Erkrankung bestimmt wird.

Schritt 2: Eine hilfreiche Erklärung

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. Es kann befreiend sein, zu verstehen, warum nach einem ehemals körperlichen Schaden noch ein Restschwindelzustand übrigbleiben oder sich ein „Dauerschwindel“ entwickeln kann.

Die Erklärungen sollten möglichst „positiv“ gehalten sein. Die dem Konzept des PPPD zugrunde liegenden Erklärungen sind geeignet, zu verstehen, dass es im Verlauf aus organischen Gründen (Hemmung der verwirrenden organischen Impulse) und auch aufgrund der Angstreaktion („psychisch“) zu einer „doppelten Hemmung“ im Gleichgewichtsempfinden kommen kann, die aber überwindbar ist! Hier können patientenverständliche Merkblätter und Anleitungen zum frühen Üben hilfreich sein [Box 2]. Ziel ist, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und aus der Vermeidung herauszuhelfen.

Hilfreich können folgende Aussagen sein, wenn sie stimmig sind:

- Auf meinem Fachgebiet ist – soweit erkennbar – „alles in Ordnung“ (eine gute Funktionsfähigkeit abzusehen).
- Dies ist eine gute Grundlage für die weitere Stabilisierung bis zur Wiederherstellung ihres Gleichgewichts.

Ungünstig demotivierend sind verbal aber auch nonverbal vermittelte Botschaften sowie Doppelbotschaften und Botschaften, die den Patienten nicht ernst nehmen:

- „Stellen Sie sich nicht so an.“

Box 2: Übungsmaterial für Ihre Patienten

In dem Buch „Schaaf H et al. Elsevier Essentials Schwindel“ (ISBN 978-3-437-24960-0) finden Ihre Patienten Übungsmaterial für ein besseres Gleichgewicht.

In der Online-Version des Beitrages finden Sie als Begleitmaterial das PDF „Gleichgewichtsübungen bei Schwindel“, das Sie kostenlos herunterladen können.

<https://doi.org/10.1007/s00060-024-9207-8>



- „Sie haben Nichts.“ – wo der Patient doch den Schwindel real erlebt.
- „Sie haben nichts, aber (...) nehmen Sie dieses Medikament.“

Ungünstig sind weiterhin:

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

Kontraproduktiv sind „Versprechungen“, die nicht eingehalten werden können. Enttäuschte Hoffnungen sind auch eine ernsthafte Nebenwirkung.

Schritt 3: Ermutigen zum Ausbau der Gleichgewichtsfähigkeiten

Hilfreich und evidenzbasiert ist – bis zum Beweis des Gegenteils – die Durchführung eines Gleichgewichtstrainings [11]. Dieses gelingt eher unter Anleitung und in der Gruppe, etwa bei engagierten Physiotherapeuten. Diese Physiotherapie kann „bei Schwindel unterschiedlicher Genese“ der Indikationsschlüssel SO3a „Leitsymptomatik: Gang- und Standunsicherheit, Verunsicherung, Angstzustände“ extrabudgetär verschrieben werden. Praktische Anleitungen finden sich beispielsweise bei Schädler [12].

Bei einem überwiegend psychogenen Schwindel ist die Psychotherapie das Mittel der Wahl. Diese wird um so eher aufgesucht, je weniger man sich dorthin abgeschoben oder verwiesen fühlt. Ein pragmatischer, praktikabler und wirksamer Ansatz in der Psychotherapie ist die „systematische Desensibilisierung“. Dabei besteht das Therapierationale in einer vorbereiteten und unterstützten, gestuften Konfrontation mit den einzelnen angst- und schwindelauslösenden Reizen, um auf diesem Weg eine schrittweise Habituation der Angstreaktion erreichen zu können. Dabei zielt die Therapie darauf ab, aktive Strategien der Bewältigung statt der Vermeidung stärkerer negativer emotionaler Reaktionen wie Angst, Ärger oder Gefühle von Überforderung auf der kognitiven und physiologischen Ebene zu vermitteln (ausführlich in [13]).

Fazit

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. So ist auch bei einem psychosomatischen Schwindelgeschehen die Kernkompetenz des HNO-Arztes gefragt. Das Konzept des PPPD ist dabei geeignet, aufrechterhaltende Elemente des Schwindelgeschehens zu erklären und auf sicherer Grundlage Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen.

Literatur

1. Lamparter U. Schwindel. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer; 2002. p. 354-61
2. Eckhardt-Henn A et al. Somatoforme Schwindelsyndrome. Nervenarzt. 2009;80(8):909-17
3. Bronstein AM, Lempert T. Schwindel: Praktischer Leitfaden zur Diagnose und Therapie. Mit 60 Videos. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 255
4. Staab JP et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society. J Vestib Res. 2017;27(4):191-208
5. Staab JP et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res. 2017;27(4):191-208.
6. Staab J. Chronic subjective dizziness. Continuum. 2012;18(5):1118-41
7. Schaaf H. Morbus Menière. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 61ff
8. Schaaf H. Fehlende Rückanpassung als Grundlage von chronischem Schwindel. Wenn der Schwindel die Akutphase überdauert. HNO Nachr. 2018;48:30-35
9. Schaaf H, Haid CT. Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. Dtsch Arztebl. 2003;100(13):A-853 / B-720 / C-673
10. Schaaf H et al. Elsevier Essentials Schwindel. München: Urban & Fischer; 2020
11. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1(1):CD005397.
12. Schädler S. Ratgeber Schwindel. Grundlagen, Tipps und Übungen für Betroffene. Urban und Fischer; 2019
13. Schaaf H. Psychotherapie bei Schwindel. Kröning: Asanger; 2011

**Dr. med Helmut Schaaf**

Tinnitus Klinik und
Gleichgewichtsinstitut Dr. Hesse
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
hschaaf@tinnitus-klinik.net

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Er legt folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.
Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.
Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Psychosomatischer Schwindel in der HNO-Heilkunde

FIN gültig bis 30.10.2024:

HN24N53M

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Welche Aussage ist falsch?

- Das erlebte Gleichgewicht ist eine komplexe Leistung des Gehirns .
- Basis des Gleichgewichtes sind nur die beiden folgenden afferenten Systeme, das vestibuläre und das visuelle System.
- Das Gehirn bewertet in einem engen Wechselspiel von Sensorik und Motorik seine Lage im Raum.
- Ein Baustein für ein stabiles Gleichgewicht sind suffiziente vestibulookkuläre Reflexe
- Das Gehirn bewertet beständig die Eigen- und Umweltbewegungen.

? Welche Aussage zum psychosomatischen Schwindel ist richtig?

- Die häufigsten zugrunde liegenden psychischen Störungen bei psychosomatischem Schwindel sind Angststörungen.
- Organische Schwindelerkrankungen sind die häufigsten Auslöser des psychosomatischen Schwindels.
- Bei psychosomatischem Schwindel im Rahmen von Depressionserkrankungen sind Antidepressiva unwirksam.
- Spezifische Konfliktsituationen lassen sich im Untersuchungsgespräch mit wenigen Fragen herausarbeiten.
- Bei Angststörungen können Schwindelanfälle nur als Dauerschwindel auftreten. %

? Welche Aussage zum Konzept des „Persistent Perceptual and Dizziness (PPPD) ist falsch?

- Das PPPD führt zu einer Unempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen.
- Schwindel oder Unsicherheit werden länger als drei Monate an der Mehrzahl der Tage empfunden.
- Vestibuläre Irritationen wie ein Vestibularisausfall können einem PPPD vorausgehen.
- Eine akute Angstattacke kann zur PPPD führen.
- Synkopen und andere primär internistische Erkrankungen können zu einem PPPD führen.

? Welche Aussagen treffen bei der von Staab beschriebenen „aufrechterhaltenden Schleife“ nicht zu?

- Angst und katastrophisierende Gedanken sind ein Faktor der eine „aufrechterhaltende Schleife“ unterhält.
- Es spielen Probleme bei Eigen- und Fremdbewegungen eine Rolle.
- Eine ausbleibende Wiederherstellung ist bei einer „aufrechterhaltenden Schleife“ selten.
- Folge der „aufrechterhaltenden Schleife“ kann ein beständiger Zustand der Fehladaptation sein.
- Komplexe und präzise visuelle Aufgaben können bei einer „aufrechterhaltenden Schleife“ Probleme bereiten.

? Welche Aussage ist falsch?

- Die Diagnose bei Schwindelerkrankungen wird in bis zu 90 % der Fälle auf Basis der Krankengeschichte – zusammen mit basalen Untersuchungen – getroffen.
- Habituationsdefizite nach stattgehabtem Vestibularisausfall können auch organisch sein.
- Der erste Schwindel gibt nur selten Auskunft über die Genese.
- Ein Vestibularisausfall kann mit Hilfe des Kopfpulstests untersucht werden
- Durch die Vermeidung eigentlich möglicher Aktivitäten kann eine neuro-psychologische Adaptation unterbleiben.

? Welche Aussage zur Diagnostik des psychosomatischen Schwindels ist falsch?

- Die Anamnese führt in hohem Ausmaß zur Diagnose.
- Die Vielfältigkeit der Symptome ist ein Hinweis für eine psychogene Beteiligung.
- Ein psychologischer Test wie der HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) kann bei der Diagnostik des psychosomatischen Schwindels hilfreich sein.
- Betroffene sollten nicht durch eine psychotherapeutische Abklärung verunsichert werden.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Ein BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) kann hinter der Symptomatik übersehen werden.

? Welche Aussage zum psychosomatischen Schwindel ist falsch?

- Psychosomatischer Schwindel ist ein überdauernder Schwindel, der allein durch einen organischen Befund nicht erklärt werden kann.
- Psychosomatischer Schwindel hat immer eine somatische und eine psychische Ursache.
- Er betrifft hauptsächlich ältere Patienten ab dem 60. Lebensjahr (Alterskrankheit).
- Psychosomatischer Schwindel entsteht, wenn Anpassungen nach einem Schwindelanfall nicht aufgegeben werden können, nachdem die Störung beendet ist.
- Patienten mit psychogenem Schwindel weisen eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Handlungsveränderungen auf.

? Welche Aussage trifft für den psychosomatischen Schwindel zu?

- Eine Untererregbarkeit in der thermischen Prüfung der Ohren spricht gegen eine psychogene Genese.

- Für eine psychische Genese sprechen ausschließlich rezidivierende Schwindelattacken.
- Notwendig ist immer eine Abklärung durch alle Fachgruppen.
- Um das Gleichgewicht zu halten, braucht es ausschließlich suffiziente vestibulookuläre Reflexe (VORs) und suffiziente Augenfolgebewegungen.
- Oft ist die Symptomatik vielfältig und schwer zuordnungsfähig.

? Welche Aussage ist richtig?

- Um den Patienten nicht mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung zu konfrontieren, sollte man symptomatische Maßnahmen wie Antivertiginosa oder Physiotherapie raten.
- 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.
- Bei älteren Patienten liegt der psychogene Charakter der Schwindelerkrankungen bei zugrunde liegender Depression oft gut erkennbar vor.
- Ein Gleichgewichtstraining gelingt am besten allein mit einem Anleitungsbrett.

- Bei der Schilderung chronischer diffuser Schwindelzustände („Benommenheit“) ist ein organisches Geschehen ausgeschlossen.

? Welche Aussage für die Interaktion von Arzt und Betroffenen beim psychosomatischen Schwindel ist falsch?

- Die Bestätigung der Glaubhaftigkeit der Beschwerden ist hilfreich.
- Frühzeitiges Ansprechen, 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, kann richtungweisend für die Therapie sein.
- Unnötige Eingriffe (z. B. häufige Wiederholungen von Untersuchungen) sollten vermieden werden.
- Bagatelldiagnosen und sonstige Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner organischen Sichtweise der Erkrankung verstärken können, sind ungünstig.
- Notwendig ist, dem Patienten zu verstehen zu geben, dass er „nichts“ hat, wenn psychogene Anteile vermutet werden müssen.

Aktuelle CME-Kurse aus der HNO

► **Strategien bei chronischer spontaner Urtikaria**

aus: HNO-Nachrichten 4/2024
 von: Susanne Melchers, Prof. Jan P. Nicolay
 Zertifiziert bis: 16.08.2025
 CME-Punkte: 2

► **Trauma des Mittelgesichts**

aus: HNO 9/2024
 von: Dr. Tobias Albrecht et al.
 Zertifiziert bis: 02.09.2025
 CME-Punkte: 3

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf SpringerMedizin.de/CME eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften oder ein e.MedAbo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf die Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent*in steht Ihnen außerdem das CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.MedAbo Ihrer Wahl und unser CMEAngebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.