



Angst-Schwindel und Schwindel-Angst

Schwindel ist ein Symptom, das ganz spezifisch das Gefühl der Kontrolle beeinträchtigt und Angst auslöst – so wie umgekehrt Angst auch jeden Schwindel aufrechterhalten kann.

Von Helmut Schaaf

Der Schwindel der Seele (von Medizinern als „psychogener“ oder „somatoformer Schwindel“ bezeichnet) spielt sich im Erleben und Erleiden überwiegend auf der Empfindungsebene, in der emotionalen Welt des betroffenen Patienten ab. 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. Die Schwindel-Empfindungen sind dabei für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet.

Je nach Eigenheit der seelischen Komponente können sich weitere Symptome zeigen wie:

- Herzrasen, Übelkeit, Schweißausbrüche, Luftnot, Erstickungsangst, Appetitmangel und Gewichtsverlust

- Antriebs- und Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall, subjektiv empfundene Einschränkungen der Berufs- und Alltagsaktivitäten
- Störungen von Affekt- und Stimmungslage und Schlafstörungen
- Angstsymptome (siehe auch Tabelle auf Seite 7)

Typischerweise werden die Symptome geschildert, als würden sie durch den Schwindel ausgelöst und bedingt. Belastungssituationen oder Konflikte, die als Auslöser der Schwindelerkrankung in Frage kommen könnten, können von den Betroffenen selbst kaum bewusst wahrgenommen werden.

Beim seelischen Schwindel findet man typischerweise keinen organischen Befund, der die Symptomatik ausreichend erklären würde; bei fachgerechter Diagnostik und

DER AUTOR



Dr. med. Helmut Schaaf

Foto: privat

ist Mediziner und seit 2009 leitender Oberarzt des neurootologisch-psycho-somatischen Gleichgewichtsinstitutes in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Stadt-krankenhaus Arolsen. Im Rahmen einer Menièreschen Erkrankung „Selbsterfahrung“ mit Gleichgewichtsstörungen und Ausscheiden aus seinem ursprünglichen Beruf als Facharzt für Anästhesie. Mehrere Bücher und wissenschaftliche Beiträge zu Morbus Menière, Tinnitus, Hyperakusis, sowie Gleichgewicht und Schwindel.

Hinhören aber oft Angsterkrankungen, von denen einige häufige im Folgenden beschrieben werden.

Generalisierte Angststörung und Schwindel

Bei einer **Generalisierten Angststörung** können sowohl Schwindelanfälle als auch Dauerschwindel auftreten. Der Dauerschwindel kann an Intensität zu- und abnehmen. Neben den Schwindelsymptomen beklagen die Patienten

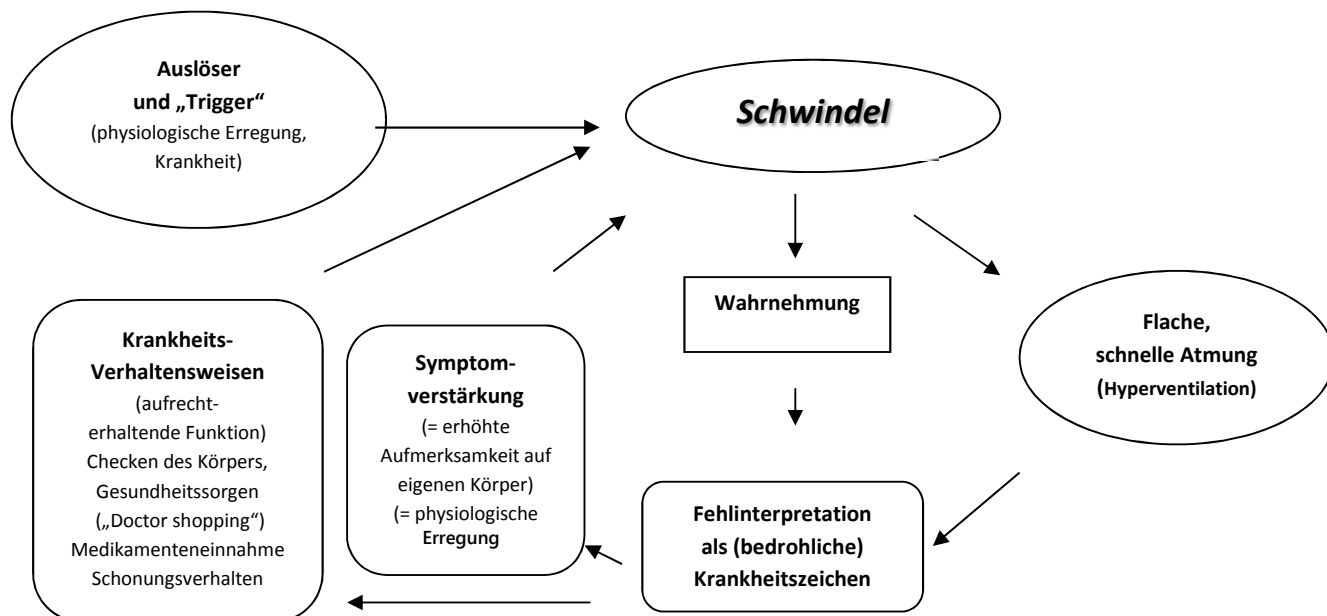
eine ständige innere Anspannung und Nervosität. Die immer wieder auftauchende Angst wird auf den unbegreiflichen Schwindel zurückgeführt, die nicht wäre, wenn die Ursache für den Schwindel endlich gefunden und beseitigt würde. Hinzukommen können Zukunftsängste und die Angst, dass dem Betroffenen – durch den Schwindel oder „im Schwindel“ – etwas passieren könnte. Begleitet werden kann dies durch Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen.

Bei vielen Schwindel-Patienten findet sich bei ausreichendem Nachfragen eine ungünstige Gedanken-Rückkopplung zwischen der Schwindel-Empfindung und einer – meist nicht zutreffenden – Bewertung. So wird der körperlich erlebte Schwindel – auch und trotz vorangegangener medizinischer Abklärungen – z. B. als drohender Schlaganfall oder Zeichen eines Herzinfarktes oder Hirntumors bewertet. Das löst verständlicherweise Angst aus. Diese Angstreaktion kann zu einem – weiteren – Anstieg des Erregungsniveaus führen. Dies kann wiederum eine Steigerung der Herzfrequenz und der Atemfrequenz bewirken. Beschleunigt sich dabei die Atmung (Hyperventilation), können Ge-

Glossar:

- Hyperakusis: krankhafte Überempfindlichkeit des Gehörs
- Morbus Menière: mit Drehschwindel, Übelkeit, Hörverlust und Tinnitus einhergehende Erkrankung des Innenohrs
- neurootologisch: die Kopfsinne, (vor allem Gehör- und Gleichgewichtssinn) betreffend
- propriozeptiv: die Eigenwahrnehmung des Körpers betreffend
- somatosensorisch: die Körperwahrnehmung betreffend
- vestibulär: den Gleichgewichtssinn betreffend

Schwindelentstehung bei einer Angststörung aus lerntheoretisch-kognitiver Sicht (modifiziert n. Rief u. Hiller, 1998)



fühle wie Leere im Kopf und das Gefühl, ohnmächtig zu werden, sowie Gefühllosigkeit in Händen und Lippen hinzukommen. Dann wird die Angst weiter verstärkt. Dies kann in einen „Teufelskreislauf“ zu Panik bis hin zur Todesangst münden. Wenn diese Anfälle mit Schwindelerleben, die für den Patienten unvorhersehbar erscheinen, wiederholt auftreten, kann sich das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit verfestigen. Dann kann es im weiteren Verlauf zu einer Erwartungsangst und damit zu einem Vermeidungsverhalten bis hin zum totalen sozialen Rückzug kommen.

Beobachtet werden kann manchmal, dass es zum Schwindel und „Ent-Schwinden“ kommt, wenn bedrohlich erlebte Gefühle aufgrund innerer oder äußerer Konflikt- oder Belastungssituationen nur durch den Schwindel zum Ausdruck gebracht werden können. Das körperlich erlebte Symptom „spricht“ dann für den – dahinter nicht gleich erkennbaren – Affekt. Dies können Ängste oder Schuldgefühle, Wut, Scham oder auch Ekelempfindungen sein. So ist für das bewusste Erleben der Zusammenhang zwischen dem Schwindelgefühl und dem Auslöser nicht mehr wahrnehmbar. Dies kann kurzfristig zur Entlastung im Erleben führen – trotz des Schwindels. Langfristig verhindert es reale Wege aus dem Dilemma.

Panik-Schwindel und Schwindel-Panik

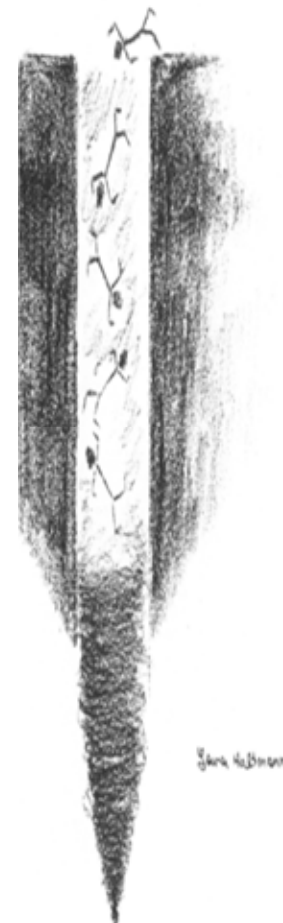
Bei **Schwindelanfällen im Rahmen einer Panikattacke** kommt es meist zu plötzlich auftretenden (wie „aus heiterem Himmel“), von wenigen Minuten bis hin zu Stunden anhaltenden Schwindelsensationen. Diese können von Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Luftnot, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Brechreiz, Durchfall und dem Gefühl „neben sich zu stehen“ begleitet sein. Befürchtet wird oft, an einem Schlaganfall oder Herzinfarkt zu leiden. In der Folge werden häufig die Orte oder Situationen, an denen es zum Auftreten eines „Anfalls“ kam, gemieden. Dann kann es zu einer Panikstörung mit „Platzangst“ kommen. Das Vermeidungsverhalten kann zu einer massiven und vor allem zunehmenden Beeinträchtigung der Lebensgestaltung führen (z. B. nicht mehr zur Arbeit gehen zu können).

Schwindelanfälle im Rahmen einer Panikstörung können in schwersten Fällen mehrmals täglich – auch in der Nacht – auftreten. In der Nacht haben die Betroffenen 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 sie immer wieder medizinische Notdienste in Anspruch, die typischerweise „nichts“ Organisches finden. Dann werden die Betroffenen meist „zur Abklärung“ von Schlimmerem ebenso notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen. Das steigert die Befürchtung, etwas Organisches zu haben – und vergrößert die Angst.

Schwindel im Rahmen einer Sozialen Phobie

Die Soziale Phobie ist charakterisiert durch eine Situationsangst mit Vermeidungsverhalten. Im Vordergrund stehen Situationen und Handlungen, die sich unter den Augen von „anderen, mehr oder weniger wichtigen Menschen“ abspielen. Diese anderen Menschen beobachten, in der Wahrnehmung der Betroffenen, nicht nur ihr Verhalten, sondern könnten sie möglicherweise – „vielleicht sogar ganz sicher“ – auch kritisieren.

Befürchtet und sogar erwartet wird, Fehler zu machen, sich zu blamieren, peinliche Situationen „zu provozieren“ oder gedemütigt zu werden. Vor allem die Angst vor Beschämung spielt eine entscheidende Rolle. Die Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen, fremden Menschen, Vorgesetzten und beim Kontakt mit dem anderen Geschlecht kann unmittelbare Angst hervorrufen und kann zu einer situationsbegünstigten Panikattacke (s. o.) führen. So kann sich eine Soziale Phobie nicht nur in Ausnahmesituationen wie Prüfungen und öffentlichem Auftreten, sondern auch schon bei alltäglichen Anlässen bemerkbar machen. Dies ist in der Regel mit Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten oder auch Schwindel verbunden. Die dahinter stehende Angst wird als solche oft nicht wahrgenommen.



Übersicht: Vom Symptom zur möglichen Diagnose eines Angstschwindels

	Charakteristika	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 und ggf. Depersonalisationssymptomen
Phobie	Steigernd <u>vor</u> der befürchteten Situation	Furcht vor der Situation, in der ein Schwindelanfall auftreten könnte
Hypochondrie	diffuser Schwindel/ Schwankschwindel	Angst vor einer schweren Erkrankung
Derealisation	„Unwirklichkeits- oder Fremdheitsgefühl“, Schwebefühl	„Komisches Gefühl im Kopf“, Benommenheit; Gefühl, „in Watte gepackt zu sein“, in dem (selbst) der Schwindel diffus bleibt

Von der Psyche zur Organik

Wenn organisch „nichts“ gefunden wird, was die Problematik erklären kann, bleibt oft Ratlosigkeit zurück. Brandt und Dieterich kommt das Verdienst zu, 1986 mit dem **„phobischen Attackenschwankschwindel“** den psychogenen Schwindel auch für eher organisch ausgerichtete Betrachtungsweisen verständlich gemacht zu haben. Einen phobischen Attackenschwankschwindel diagnostizierten die beiden Neurologen, wenn Patienten in bestimmten sozialen Situationen (Kaufhäuser, Konzerte, Besprechungen) oder angesichts typischer auslösender Sinnesreize (Brücken, leere Räume, Straßen) Schwindel ohne organische Schädigung erleiden.

Bei der Auslösung dieses Schwindels vermuteten sie eine ängstliche Eigenbeobachtung und eine Fehlabstimmung zwischen dem, was gesehen und empfunden wird, und den bis dahin gewohnten Handlungsweisen (Sicht- und Handlungsmuster). In der Folge würden aktive Kopf- und Körperbewegungen als passive Beschleunigungen oder Scheinbewegungen erlebt, Handlungs- und Wahrnehmungsmuster verschwimmen. Diesen Schwindel charakterisieren sie durch die Kombination eines

Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit, obwohl die Betroffenen stehen und gehen können. Hinzu komme in der Situation oft eine zunehmende Vernichtungsangst.

Die betroffenen Patienten hätten oft „akzentuierte“ Persönlichkeitszüge, mit Neigung zu verstärkter Introspektion und dem Bedürfnis, „alles unter Kontrolle“ haben zu wollen. Das zentrale Problem des phobischen Schwankschwindels ist der Versuch einer bewussten Kontrolle der Balance durch den Patienten mit Entwicklung einer „Selbstbeobachtungsspirale“. Dies kann dazu führen, dass eigene Körperbewegungen als Fremdbewegungen wahrgenommen werden.

Primärer und sekundärer phobischer Schwindel

Da die Symptome des phobischen Attackenschwankschwindels auch nach vorausgegangenen organischen Schwindelerkrankungen gesehen wurden, wurde das Konzept um die Einführung eines **„sekundären phobischen Attackenschwankschwindel“** erweitert. Dies blieb nicht

ohne Diskussionen und Hinweise auf offene Fragen, Ergänzungen in Einordnung in ein erweitertes Verständnis. Vor allem die Arbeitsgruppe um Eckhardt-Henn hat 1997 deutlich gemacht, dass sich die von Brandt und Dietrich beschriebene Erkrankungsgruppe auf **Angst-Erkrankungen, depressive Erkrankungen** und Somatisierungsstörungen zurückführen lasse.

CSD: „Chronic Subjective Dizziness“

Der amerikanische Psychiater Staab, der im Auftrag der „Barany Gesellschaft“ die Arbeit an einer Neufassung der Schwindeleinordnung für ein neues internationales Klassifikationssystem(1) leitet, hat 2006 und 2012 das Konzept eines **„Chronic Subjective Dizziness“ (CSD)** vorgestellt und den Prozess einer Gleichgewichtsstörung wie folgt beschrieben:

Auslöser:

Ursächlich für ein Schwindelerlebnis und Schwindelereignis können werden:

- Ein vom Gleichgewichtsorgan ausgehendes Ereignis wie ein Gleichgewichtsausfall, ein (wiederholter) gutartiger Lagerungsschwindel, ein Morbus Menière;
- eine (andere) primär medizinische Erkrankung mit Schwindel oder Ohnmachtserleben wie eine vestibuläre Migräne oder Synkopen (plötzlicher Bewusstseinsverlust);
- eine akute Angstattacke (Panikattacke). Diese psychogene Ursache wird dabei als akute Unterbrechung der Mobilität durch Panikattacken oder andere intensive Überlastung verstanden.

Ereignisse mit Einfluss auf das Gleichgewichtssystem erfordern eine schnelle Umstellung (Adaptation) im Gefüge des Gleichgewichtssystems. Sinnvollerweise wird dabei die Weiterleitung der verwirrenden Impulse aus dem geschädigten Gleichgewichtsanteil „organisch“ im Zentralnervensystem gehemmt.

Gleichzeitig(!) geht Schwindel – in aller Regel und verständlich – mit **Angstgefühlen** einher. Dabei ermöglichen es Verbindungen des Angstkreislaufs im limbischen System mit den zentralen Verarbeitungswegen dem Angstsystem, die Schwelle für Impulse aus den Gleichgewichtsorganen zu erhöhen. Dazu reagierten mehr als 85 % der Gleichgewichtskerne im Hirnstamm und Klein-

hirn mittels des Botenstoffes Serotonin oder seiner Gegenspieler. Diese „Neurotransmitter“ spielen auch bei der Angst eine wichtige Rolle.

Das heißt: Sowohl aus organischen Gründen (Hemmung der verwirrenden organischen Impulse) wie auch aufgrund der Angstreaktion („psychisch“) kann es zur Minderung des Informationsflusses aus dem betroffenen Gleichgewichtsorgan kommen (doppelte Hemmung).

Mit dem Zurückdrängen der Informationen aus dem Gleichgewichtsanteil ergibt sich ein (relatives) Überwiegen der Impulse aus der optischen Wahrnehmung und den Körpereigenfühlern (dem visuellen und propriozeptiven System). Dies führt zu einer teils bewussten, aber überwiegend unbewussten Konzentration auf diese beiden Systeme bei Aussparen der Informationen aus dem Gleichgewichtsorgan.

In der Empfindung kann diese – suboptimale – Lösung dazu führen, dass nicht mehr verlässlich zwischen den eigenen Bewegungen und Bewegungen aus der Umgebung unterschieden werden kann. Daraus kann ein eingeschränktes, auf Absicherung bedachtes Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, ggf. Stützen) und eine hohe Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung resultieren.

So kann das Angstsystem (unbewusst) die Gleichgewichtsempfindungen und Ausgleichbewegungen beeinflussen.

Diese Anpassungsleistungen sind im akuten Stadium sinnvoll. Sie müssen aber wieder **aufgegeben** werden, wenn die Störung beendet ist. Das ist beim akuten Anfall eines Morbus Menière – anders als bei einem Wochen anhaltenden Gleichgewichtsausfall – „relativ“ schnell der Fall.

Wenn aber das Anpassungsverhalten nach dem Anfall nicht aufgegeben werden kann, bleibt, so Staab (2012), eine dauerhafte Fehladaptation aufgrund des Ausbleibens der Re-Adaptation.

Große Angst (hohes Angstlevel) vergrößert die Haltungsinstabilität und vermindert die Reaktionsmöglichkeiten gegenüber Bewegungsreizen. Dies kann – trotz zunehmender organischer Erholung – die Wiederherstellung einer flexibleren Haltungskontrolle hemmen.

Eine Verkettung von organischen und seelischen Reaktionen kann in der Folge zu einer ungünstigen Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize führen. Das kann auf Dauer zu einem eingeschränkten, auf Absicherung bedachten Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, ggf. Stützen) und einer hohen Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung führen. Dies

(1) Im Rahmen der Klassifikation von vestibulären Erkrankungen entsteht auf Vorschlag der Barany Society eine Kategorie des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“), begrifflich auch als Kompromiss zu den bisherigen Ansätzen des „Phobischen Attackenschwindels, des „Visuellen Schwindels und des „Space Motion Discomfort“ sowie der Theoriebildung um einen „Chronic Subjektiv Dizziness“ (CSD).



ruft vermehrt hochfrequente, klein-amplitudige Haltungskorrekturen hervor und verfestigt Strategien der Haltungskontrolle, die eher zum Ausgleich eines hohen (Sturz-)Risikos angemessen wären (Gehen auf Glatteis).

Auf den Überlegungen einer ausbleibenden Rückanpassung bzw. einer nicht gelingenden Re-Adaption aufbauend, formulierte Staab 2006 und 2012 in dem Modell des „Chronisch subjektiven Schwindels“ (CSD) drei Kern-Eigenschaften:

1. **Das Vorliegen eines nicht-vestibulären Schwindels**, der länger als drei Monate andauert und meist einen erkennbaren Anfang hat mit meist schwankendem Verlauf;
2. **eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen**, seien es Eigenbewegungen oder Bewegungen in der Umwelt;

Therapiemöglichkeiten bei psychogenem Schwindel – ein kurzer Hinweis

Gleichgewichtstraining: Hilfreich ist – nach Beobachtungen des Autors – die Durchführung eines gestuften Gleichgewichtstrainings. Hier sollen sich die Teilnehmer Auslösern und Situationen stellen, das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit prüfen und an verschiedene Schwindeltrigger habituieren. Dieses gelingt eher unter Anleitung und in der Gruppe als alleine.

Ein **Gleichgewichtstagebuch**, das vor allem die Fortschritte und die Entwicklung, nicht nur die Defizite festhält, kann eine gute Grundlage für die eigene Arbeit, aber auch zur Verlaufskontrolle sein. Gleichzeitig ist es ein Baustein der – möglicherweise notwendig werdenden – psychotherapeutischen Unterstützung.

Antidepressiva: Staab (2012) beschreibt ausführlich die Behandlung mit antidepressiv wirkenden und auch oft die Angst mindernden „Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern“ (SSRI). Sie seien in einem hohen Prozentsatz erfolgreich und hätten nicht den Schwindel vergrößert (Staab 2012). Dabei hat sich keines der modernen SSRIs als besonders überlegen gegenüber den anderen gezeigt. Benzodiazepine sind nicht effektiv.

Und nicht zuletzt: Psychotherapie! Ausführlich dargestellt u.a. in den Büchern des Autors (s. rechts)

3. Schwierigkeiten bei komplexen und präzisen visuellen Anforderungen und Aufgaben.

Als begünstigende Faktoren für ein anhaltendes Schwindelgefühl und -verhalten beschreibt Staab (2012):

- hohes Angstlevel, auch schon vor der Schwindelerkrankung, als „Persönlichkeitseigenschaft“;
- hohe Aufmerksamkeit auf die Gleichgewichtssymptome;
- katastrophisierende Gedanken hinsichtlich der möglichen Entwicklung.

Bei entsprechender, individuell sicher sehr unterschiedlicher „Empfänglichkeit“ (Sensibilität) können in der Folge dann diese Begleitumstände oder Teile davon – unbewusst – die gleichen Schwindel**empfindungen** auslösen wie ein organisch bedingter Menière-Anfall. Wie u.a. Eckhardt-Henn (2009) beschrieben hat, sind diese Prozesse gut durch Lernvorgänge (klassische und operante Konditionierungsvorgänge) zu erklären. Dies gilt vor allem bei Erkrankungen mit unvorhersehbarem Wiederholungscharakter wie der Migräne und dem Morbus Menière.

Dies führt zu einer permanenten Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize mit anhaltendem Sicherungsverhalten, das sich, nach einer zunächst sinnvollen Anpassung, in eine ungünstige Verarbeitung mit unangemessenen Reaktionen steigert. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für eine Angstreaktion und depressive Verarbeitung (siehe auch das Modell auf S. 10).

Helmut Schaaf:
Gleichgewicht und Schwindel.
Wie Körper und Seele wieder auf die Beine kommen.
Asanger Verlag, 6. Aufl. 2011,
ISBN: 978-3-89334-572-4,
19,50 €



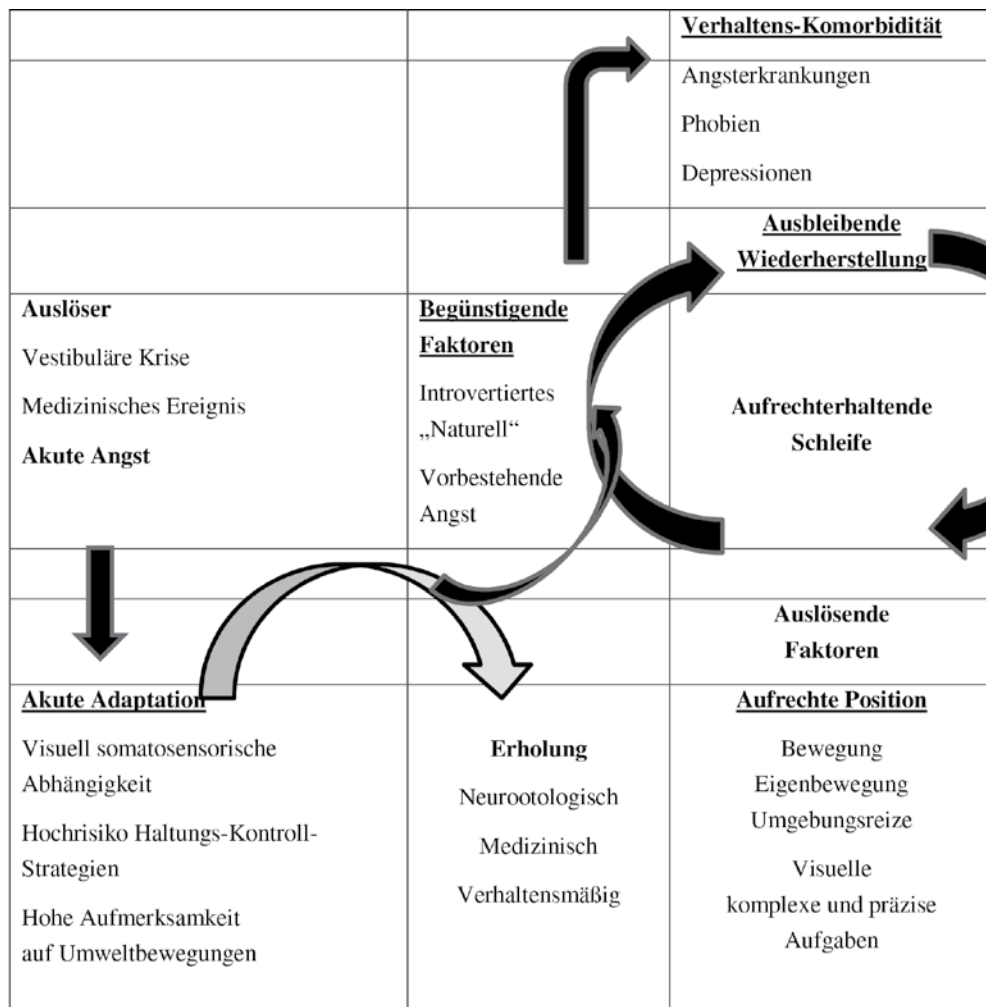
Helmut Schaaf:
Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen.
Asanger Verlag, 3. Aufl. 2011,
ISBN: 978-3-89334-565-6,
19,50 €



Regine Tschan:
Wenn die Seele taumelt. Somatoformer Schwindel – Ein Ratgeber.
Verlag Hans Huber, 2011,
ISBN: 978-3456849447,
14,95 €



Modell des pathophysiologischen Prozesses von CSD (nach Staab 2012, S. 1132)



Von links nach rechts zu verfolgen: Ein auslösendes Ereignis triggert eine akute Adaptation, um die Gleichgewichtsfunktion auf dem bestmöglichen Niveau zu halten. Unter normalen Umständen kann eine Erholung sowohl des medizinischen Befundes wie eine Rückbildung des – im Krankheitsprozess – nützlichen Anpassungsverhaltens erwartet werden. Bei bestimmten begünstigenden Vorkonstellationen bzw. Erkrankungen kann das System der Haltingkontrollen in einem beständigen Zustand der Fehladaptation bleiben, die durch eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen gekennzeichnet ist. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für psychische Erkrankungen.

Literatur:

- Brandt, TH., Dieterich M (1986) Phobischer Attackenschwindel. MMW 128: 247-250
- Eckhardt-Henn A., Hoffmann S.O., Tettenborn B., Thomalske C., Hopf H.-C. (1997) „Phobischer Schwankschwindel“ - Eine weitere Differenzierung psychogener Schwindelzustände erscheint erforderlich. Nervenarzt, 68 806-812
- Eckhardt-Henn, A., Tschan, R, Best C, Dieterich, M (2009) Somatoforme Schwindelsyn-drome Nervenarzt 80:909–917
- Schaaf, H (2015) Die ausbleibende „Rück-Anpassung“ nach einer Gleichgewichts-

- krise als Grundlage eines anhaltenden Schwindels. Tinnitus-Forum.19-25 (kostenloser Download unter [www.drhschaaf.de/Schaaf Anhaltender Schwindel TF 1 2015](http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20Anhaltender%20Schwindel%20TF%201%202015))
- Schaaf H (2011) Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. 3. Aufl. Asanger, Krönig.
- Schaaf, H (2011) Gleichgewicht und Schwindel. 6. Auflage. Asanger, Krönig
- Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. Continuum; 18(5): 1118-1141
- Staab (2006) Assessment and management; of psychological problems in the dizzy patient. Continuum. 189-213

Wieder Boden unter den Füßen

Begonnen hat es mit meinen Schwindelsymptomen schon vor 30 Jahren. Dass sie mit Angst in Zusammenhang stehen, war mir anfangs nicht bewusst. Zunächst bin ich wegen des Schwindels zum Internisten, der mich dann zu einem Neurologen und Psychiater geschickt hat. Dieser hat mir leider in einem Gutachten,

das ich heute noch zu Hause habe, bestätigt, dass mein Schwindel eine körperliche Angelegenheit sei. Im Gegensatz dazu waren die Ärzte an der Schwindelambulanz damals schon der Meinung, dass es sich um einen psychogenen Schwindel handelt. So standen sich anfangs zwei widersprüchliche Erklärungen gegenüber.