

# Konzeptionelle Ansätze für eine psychotherapeutische Indikationsgruppe „Schwindel“

von H. Schaaf

## **Vorab (Vorwort der Redaktion):**

*In vielen Kliniken, die Tinnitus Patienten behandeln, halten sich auch Patienten mit „Schwindel“ auf, die entweder allgemein oder in Indikationsgruppen zu Angst und Depressionen mit behandelt werden.*

*Die nun folgenden Anregungen sind aus der Arbeit des Autors von gut 15 Jahren psychosomatischer Arbeit in Kliniken entstanden, in der speziell Schwindel-Patienten behandelt wurden. Der Beitrag versteht sich als Ergänzung des schon in der zweiten Auflage erschienenen Buches des Autors: „Psychotherapie bei Schwindel“ im Asanger Verlag.*

Es gibt mindestens drei gute Gründe, sich auch psychotherapeutisch mit „dem Schwindel“, seinen vielfältigen Facetten und den notwendigen, oft erfolgversprechenden Therapiemöglichkeiten zu beschäftigen:

1. Als ein Symptom, das immer eine somatische und psychische Erlebnisdimension beinhaltet, ist Schwindel nach den Kopfschmerzen zum zweithäufigsten Leitsymptom geworden (Brandt 2004). Wie eine Befragung bei über 30.000 Personen zeigte, liegt die Prävalenz von Schwindel bei 17 % und steigt bis auf 39 % bei Patienten über 80 Jahre (Davis & Morjani 2003).
2. Gesichert scheint, dass gut 30 % aller Schwindelformen psychogen zu verstehen sind. Zumindest eine relevante psychogene Mitbeteiligung weisen 30 % bis 50 % der Schwindel-Leidenden auf (Eckhardt-Henn et al. 1997 2003, Yardley et al. 2001/1999).
3. Patienten mit psychogen verursachtem Schwindel sind meist stärker beeinträchtigt als Patienten mit organischem Schwindel (Eckhardt-Henn 2000, Yardley 2001). Aber auch bei einer primär organischen Erkrankung entscheidet der sich oft entwickelnde reaktive psychogene Schwindelanteil über den weiteren Verlauf bis hin zu Fragen der partiellen oder kompletten Berufsfähigkeit (Eckhardt – Henn 2003, Schaaf 2003).

Dem steht gegenüber, dass die meisten Schwindelsymptome eine gutartige Ursache haben und sich erfolgreich behandeln lassen, wenn nach korrekter Diagnose eine suffiziente Therapie durchgeführt werden kann, was allerdings sowohl am Behandler wie am Patienten scheitern kann.

Schwierig ist, dass der psychogene Schwindel alle Qualitäten annehmen kann, die ein – meist vorangegangener oder vorher erlebter – organischer Schwindel beinhalten kann. Die Begleiterscheinungen sind in aller Regel durch die psychische Erkrankung geformt, so dass dafür eine genaue Kenntnis der Psychopathologie für die Diagnostik und vor allem für die Therapie notwendig ist.

Die relevanten psychogenen Faktoren, die ein Schwindelleiden verstärken und eine Habituation verhindern können, sind in der Regel gut identifizierbar (Furman & Jacob 2001, Yardley 2001, Eckhardt Henn 2003). So liegt entweder eine relevante psychische Genese vor wie

- eine Angst- oder Panikerkrankung,
- eine depressive Erkrankung,
- ein somatoformes Geschehen,
- eine dissoziative Störung
- oder ein psychiatrisches Krankheitsbild im engeren Sinne bei affektiven, schizophrenen oder Demenz-Erkrankungen.

Oft werden zusätzlich aufgrund falscher (Eigen-) Annahmen und möglicherweise auch

aufgrund falscher ärztlicher Instruktionen Aktivitäten oder Umgebungen, die die Symptome subjektiv verstärken könnten, vermieden, so dass der Betroffene durch die Vermeidung an Fähigkeiten verliert, mit der Situation umzugehen und die neuro-psychologische Adaption unterbleibt.

Oft kommen Ängste mit oder ohne Hyperventilation hinzu und verstärken die somatisch empfundenen Symptome, die durch die Gleichgewichtsstörung hervorgerufen sind. Darüber hinaus können maladaptive Aufmerksamkeitsprozesse und ungünstige Kognitionen den zentralen Prozess der Habituation negativ beeinflussen.

So zeigen Patienten mit komplexen somatoformen Schwindelerkrankungen oder zunehmend somatoform gewordenen Krankheitsbildern – trotz der eigentlich möglichen Therapierbarkeit - im Krankheitsverlauf auch nach mehreren Jahren in etwa 70% der Fälle noch Schwindelsymptome und eine stärkere Beeinträchtigung ihrer Berufs- und Alltagsaktivitäten.

Nun sind psychische Erkrankungen für den Betroffenen schon schwerer erfass- und begreifbarer als somatische Erkrankungen. Umso unbegreiflicher wird es, wenn sich diese Erkrankungen somatisierend und dann auch noch schwindelerregend äußern. Hier ist der reine Organmediziner – auch in der speziellen schwindelnden Beziehungs-

konstellation – oft überfordert, ohne real helfen zu können.

Ist es aber möglich, die psychischen und psychosomatischen Komponenten mit zu beachten, könnte meist früher und effektiver eine günstigere Weichenstellung erfolgen und eine adäquatere Therapie eingeleitet werden. Ansätze, die medizinische und psychologische Faktoren als prädisponierend, auslösend und aufrechterhaltend berücksichtigen, können dabei die Brückenfunktion zwischen „Organ“ und „Psyche“ bilden, die zu einem besseren Verständnis der Patienten und ihres subjektiven Leidens führen können.

Die dann sinnvolle Kooperation in der Behandlung findet sich bisher allerdings eher in Ausnahmefällen: Nach gegenwärtigem Stand erhält nur jeder 4. Patient eine angemessene Therapie (Dieterich, Eckhardt Henn 2004)

Die Leitidee des Buches „Psychotherapie bei Schwindel“ und dieses Vorschlages für Indikationsgruppen ist, dass – weitestgehend unabhängig von der Genese – ein anhaltender Schwindel, sei er psychogen, reaktiv psychogen nach einer stattgehabten Organerkrankung und/oder Folge „objektiv“ unvollständiger Habituation, meist

- durch dysfunktionale Vorstellungen und Gedanken,
- ungünstige und veränderbare Gefühle
- und Vermeidung bzw. Unterlassung von möglicher Handlung aufrechterhalten wird
- und – bis zum Beweis des Gegenteils – ein Verbesserungspotential aufweist.

Dies kann leider nicht unbedingt für bestimmte neurologische Erkrankungen mit zunehmender Destruktion zentraler Gleichgewichtsstrukturen gelten, wobei auch hier oft noch eine Verbesserung im Umgang und etwa eine Sturzprophylaxe sinnvoll ist.

Eine **Indikationsgruppe Schwindel** hat inhaltlich den Vorteil für die Patienten, dass sich Gleich-Betroffene austauschen können und sich – trotz des (Symptom) Schwindels – verstanden und aufgehoben fühlen. Sie stehen – oder schwinde(l)n – mit ihrem Problem nicht mehr alleine.

Aus psychodynamischer Sicht ist Gruppentherapie insbesondere dann bei Schwindel Patienten sinnvoll, wenn sich interak-

tionelle Konflikte als Schwindel-relevant oder Schwindel-verstärkend erweisen.

Realistisch kommt hinzu, dass viele psychosomatische Rehabilitationskliniken nicht nur aus konzeptionellen Gründen, sondern oft auch notwendigerweise aus wirtschaftlichen Gründen schon lange mit Indikationsgruppen (im Baukastenprinzip) arbeiten, die aus Belegungsnotwendigkeiten vielfach „offen“ gestaltet sind und dementsprechend flexibel sein müssen.

Dennoch blieb mir als eher psychodynamisch Arbeitendem lange die Skepsis gegenüber Manualen, steht hingegen der sich entwickelnde individuelle Beziehungsaspekt und seine Dynamik im Vordergrund auch des Symptomenverständnisses. Geholfen hat mir persönlich bei meiner „Realitätsanpassung“ an die Wirklichkeit und bei der Konzeption der Indikationsgruppen das erst 2008 erschienene Angst-Manual von S. O. Hoffmann. Darin führt Hoffmann aus, dass große Durchbrüche in der Behandlung schwerer somatischer Erkrankungen durch rigide Schematherapien erzielt wurden. *„Erst als alle Behandler durch Leitlinien zum Stand der Kunst verpflichtet wurden, stiegen auch die Chancen der Patienten auf sachgerechte Behandlung.“* Für die Verhaltenstherapie zitiert er Schulte 1992, der belegen konnte, dass eine Schemabehandlung von phobischen Angststörungen hinsichtlich der Ergebnisse erfolgreicher ist als eine stärker individualisierte Therapie – zumindest was die Rückbildung der Ängste angeht.

In der positiven Vorstellung, dass die Sicherheit des Therapeuten und seine Sicherheit in der Struktur des Vorgehens beim Schwindel therapierelevant ist, soll die folgende Anleitung für ein Schwindelmanual als ein Vorschlag angeboten werden, mit der Möglichkeit und sicher auch der Notwendigkeit der Korrektur in der eigenen Praxis.

### Ziele einer psychologischen Indikationsgruppe „Schwindel“

- Motivation, das Veränderbare anzugehen – auf allen dem Patienten möglichen Ebenen
- Möglichkeiten der eigenen Einflußnahme auf das Gleichgewicht herauszuarbeiten
- Möglichkeiten, dysfunktionale Gedanken

und ungünstige Handlungen zu erkennen und zu verändern

- Möglichkeiten, Einstellungen von Ohnmacht und schwindendem Mut zu erkennen und zu verändern
- Vorbereiten, ggf. Durchführen und Einübungen von Expositionen.

Dabei steht

- die Vermittlung von Wissen um die Erkrankung (idealerweise durch kundige Ärzte oder durch das eigene, patientengerechte Fachwissen)
- eine kognitive Umstrukturierung mit Realitätsüberprüfung
- die Bearbeitung des Vermeidungsverhalten und das Angehen der Bewältigung (Exposition),
- und beim psychogenen Schwindel meist auch die Bearbeitung der interaktionellen Muster

im Focus.

Im Rahmen eines klinischen Aufenthaltes sollte (muss) dies mit direkten Aktivitäten im Rahmen der Bewegungstherapie, am günstigsten in einem gezielten Gleichgewichtstraining verbunden werden.

Wir führen immer ein Entspannungsverfahren, die Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) parallel zu diesem Vorgehen durch und unterstützend sportliche Aktivitäten.

### Handouts für Patienten und Arbeitsblätter und -vorträge für die Therapeuten

sind – als pdf – dateien per email [DrHSchaaf@t-online.de](mailto:DrHSchaaf@t-online.de) mit **Kennwort** „**Sesam 121 öffne dich**“ oder unter [www.drhschaaf.de/](http://www.drhschaaf.de/) Titel des Arbeitsblattes /pdf abrufbar

# Schwindel bewältigen im Erkennen, denken und handeln...

Ein möglicher Fahrplan für 10 – 12 Gruppenstunden a 100 Minuten (2-3 Mal die Woche):

(fakultativ zu ändern bei entsprechender Gruppenzusammensetzung, anderer Verteilung der Krankheitsbilder und Gruppendynamik)

Stunde 1	Kennenlernen – Perspektive	Handouts für Patienten	Material für den Therapeuten
Vorstellung des/der Therapeuten	Informationen über psychologische Ansätze Informationen über Ablauf der Gruppensitzungen/ Gruppenregeln	Gruppenregeln	
Vorstellung der Patienten	Welche Gleichgewichtsstörung – welchen „Schwindel“ bringen Sie mit??? (Wer hat Sie geschickt? Warum glauben Sie, dass Sie an dieser Gruppe teilnehmen dürfen?) Patientenerwartungen und -befürchtungen klären		
Grundlagen des Gleichgewichts  Was kann Gleichgewichtsstörungen verursachen?	<b>Medizinische und psychologische Erklärungsmodelle</b> ggf. mit psychosomatisch kundigen Arzt Frage an die Teilnehmer: Was braucht der Mensch, um auf einem Stuhl (Übungsbrett) stehen zu können? Als „Strichmännchen“ aufmalen und ergänzen Abweichungen vom Gleichgewicht benennen (noch nicht besprechen): (Organisch, Psychisch, sozial): Vom BPLS bis Menière von der noch nicht ausreichenden Habituation bis zum „psychogenem Schwindel“ und die vorherrschende Erkrankung: (die häufigsten bei unseren Patienten: M. Menière (Verdacht), Migräne, Psychogener Schwindel)	Infoblatt Schwindel Infoblatt: Der gutartige Lagerungsschwindel Infoblatt M. Menière Infoblatt Einseitiger Gleichgewichtsausfall Infoblatt Migräne Schwindel Infoblatt Schwindel der Seele  Ggf. Buchempfehlung: Schaaf (2008) Gleichgewicht und Schwindel der Seele Lempert (2003) : Wirksame Hilfe bei Schwindel. Trias	<b>Vortrag</b> Gleichgewicht & Schwindel I  <b>Im Buch</b> <b>S. 1-15</b> Bronstein / Lempert (2006) Dizziness; Brandt et al: Vertigo (beide mit DVDs)
Phantasie-Vorstellung:	Ein „Bär“ tritt auf: Was passiert? Klassisch: Angriff – Flucht – Tot stellen Anreißen: Rolle der Angst und des nachlassenden Mutes (Depression)		
Realitätsbezug:	Was kann die Arbeit in der Gruppe leisten, was nicht?		
Schwindel-Tagebuch	Einführung ins Schwindel Tagebuch Situation, Körperreaktion, Kognitionen, Emotionen, Verhalten, Quantifizierung der Angststärke	Schwindel-Tagebuch	
Darstellung der Methoden	Planung und Durchführung der systematischen Desensibilisierung im Gleichgewichtstraining, IBT und der selbst angeleiteten Exposition		
Begleitende spezifische Testdiagnostik möglich ? (Lizenzen) ?	<b>Eingangsteste:</b> Visuelle Analog Skala „Dizziness Handicap Inventar“ Vertigo-Symptom-Scala (Vertigo-) Handicap Questionaire		Im Buch S. 68-72

(Ggf. muss diese Stunde als 2a wiederholt und/oder auf weitere Schwindelerkrankungen ausgedehnt werden.)

<b>Stunde 2 (Stunde 2a)</b>	<b>Was hält Schwindel aufrecht – wie bildet sich ein reaktiver Schwindel aus ?</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
	Blitzlicht: Was habe ich das letzte Mal gelernt? Eintragungen aus dem Schwindel Tagebuch		
	(Berichterstatter für nächste Stunde ermitteln oder bestimmen?)		
	Was verhindert die Rückkehr ins Gleichgewicht? Subjektive Krankheitstheorien		
<b>Das bei Ihnen vorherrschende Krankheitsbild zu Beginn besprechen</b>	<b>Beispiel: M. Menière</b> (oder „anhaltender“ Schwindel nach BPLS, Migräne und Gleichgewichtsauffall – soweit sie in dieser Gruppe das vorherrschende Krankheitsbild darstellen) Wie kann sich aus einem organischen Schwindel ein reaktiver (sich darauf aufpropfender) psychischer Schwindel entwickeln? Was kann jeden Schwindel aufrecht erhalten? (Vermeidung mit Angst, Angst mit Vermeidung ausbleibende Aktivität, Depressivität )	<b>Infoblatt M. Menière</b> ggf. weitere Infoblätter der Stunde I  Ggf. Buchempfehlung. Schaaf (2007) M. Menière. Springer	<b>Vortrag Gleichgewicht &amp; Schwindel II</b>  <b>Buch S. 48-50</b>
An der Tafel/Flipchart:	Sammlung der (körperlich empfundenen) Beschwerden, die die Patienten in die Gruppe führen Was passiert bei Ihnen a) unter Schwindel körperlich? – aufzählen lassen und am Flipchart notieren b) unter Angst körperlich? – aufzählen lassen und am Flipchart notieren c) bei niedergeschlagener (depressiver) Stimmung körperlich – aufzählen lassen und am Flipchart notieren		
Psychoedukation  Einführung Selbstbeobachtung	Sinn von Flucht und Kampf Heutzutage gibt es mehr Stressoren: kämpfen und flüchten ist sehr viel weniger möglich, weniger Pausen Selbstbeobachtungsbogen bei erlebter Symptomatik (erlebten Schwindel (- Anfall). Pat. bearbeiten den Selbstbeobachtungsbogen selbständig <b>Vergleich mit vorher gesammelten körperlichen Beschwerden</b>	Infoblatt Schwindel und Angst  Infoblatt Schwindel bei Depressionen  Selbstbeobachtungsbogen	Infoblatt Stress und Schwindel
<b>Hausaufgabe:</b>	Auswertung (Analyse) einer Schwindel – machenden Situation	Selbstbeobachtungsbogen	

<b>Stunde 3</b> (Stunde 3a)	<b>Was ist veränderbar???</b> <b>Was können Rehabilitation und Gleichgewichtstraining leisten???</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für</b> den Therapeuten
	Blitzlicht: <b>Was konnte ich schon nutzen</b> Eintragungen aus dem Schwindel Tagebuch		
	(Berichterstatter für nächste Stunde ermitteln oder bestimmen)		
Therapeut entwickelt einen <b>Wirk-(„Teufels“)</b> Kreis (Flipchart) auf Grundlage des in Stunde 2 vermittelten	Ein Patient stellt seine Hausaufgabe vor (Analyse einer schwindelverursachenden Situation) Die anderen Patienten ergänzen und stellen Besonderheiten und Abweichungen aus ihrer Hausaufgabe vor – sonst Weiterverweis an die Einzeltherapie		
	Verdeutlichung des Einflusses aufrechterhaltender Bedingungen wie – dysfunktionaler Kognitionen (bei M. Menière: welche sind real, welche unreal?) – Vermeidung – Unterlassung von Aktivitäten		
	Wie kann ich – ganz praktisch – psychogene Anteile von organischen unterscheiden  Differenzierungsanleitung: Organischer Schwindel – psychogener Schwindel	Pdf Datei	s. 81
<b>Ggf.</b>	<b>Pause</b>		
	<b>Was kann geändert werden</b> <b>Was können Rehabilitation und Gleichgewichtsübungen</b> <b>Anleitung zur Angstbewältigung?</b>		<b>S. 95 – 101</b> <b>Vortrag</b> Gleichgewicht & Schwindel III
	Bedeutung des Gleichgewichtstrainings und der Bewegungstherapien im Rahmen der zu erklärenden „Systematischen Desensibilisierung“	Infoblatt Gleichgewichtsübungen	s. S. 89
	Erläuterung und Anleitung zur selbstgesteuerten Exposition bei denen, die sich dies – jetzt schon – zutrauen		s. S. 89
	Vorstellung der gestuften Exposition und Erläuterung des „Floodings“ Ggf. mit Expositionsprotokoll, Angsthierarchie	Expositionsprotokoll, Angsthierarchie	

(Ggf. muss diese Stunde als 3a wiederholt werden.)

<b>Stunde 4</b>	<b>Zwischenbilanz Gruppendynamik (kann bei Infogruppen ausgelassen werden) Übung zur Erlangung von Eigenmotivation</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
Arbeit mit Symbolen	<p>Wo stehe ich? Wo will ich hin? – Was brauche ich dazu (Wen brauche ich dazu?)</p> <p>Welcher Rahmen – zu Hause und auf der Arbeit – wäre Halt gebend? Was davon kann (und muss) ich selbst angehen</p>		<b>Anleitung</b> Wo stehe ich Wo will ich hin was brauche ich dazu
Klärung der Gruppendynamik – soweit nützlich	<b>Wie geht es mir mit den anderen hier ? Was möchte ich dazu klären ?</b>		
Hausaufgabe:	Aktualisierte Therapieziele formulieren und aufschreiben		

<b>Stunde 5</b>	<b>Gedanken und Gefühle Kognitives Modell – Kognitive Umstrukturierung</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
	Blitzlicht: Nachträge aus der letzten Stunde, soweit sie zukunftsorientiert sind Was konnte ich schon nutzen		
Erklärung der Spaltentechnik (ABC-Schema)	<p>ABC-Schema der Gefühle Wie entstehen „Schwindel“ Gefühle? (Wiederholung) Warum haben Menschen in objektiv gleichen Situationen unterschiedliche Emotionen? Welche Rolle spielt die individuelle Bewertung der Situation?</p>		Hautzinger Depressions- Manual f ür Therapeuten S. 33-39 für Patienten 30 - 39
	Konkrete Analyse der subjektiven Faktoren bei der Zu- oder Abnahme der Schwindel-Belästigung Beispiele und Vergleich aus dem Gleichgewichtstraining Einführung der sich daraus ergebenden <b>Konsequenz oder Alternative</b>	<b>Patientenvorlage</b> ABC der Gefühle, DE der veränderten Gefühle	
	Einführung in den Ansatz der kognitiven Umstrukturierung		
	„Innerer Dialog“		
	Eventuell Hinweis auf kognitionssteuernde Grundannahmen		
Ggf. in Kleingruppe	die Patienten sollen dysfunktionale Kognitionen hinsichtlich ihrer Ängste sammeln und 1-2 Alternativgedanken erarbeiten und vorstellen.		

<b>Stunde 6</b>	<b>Erste gestufte Expositionen (Kleine Schritte, die Erfolg ermöglichen im Sinne der Systematischen Desensibilisierung)</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten s.S.89</b>
	Blitzlicht: Was konnte ich schon nutzen		
Vormachen lassen:	<b>Was geht nicht wegen des Schwindels? Was löst ihn – Hier und jetzt ! – aus</b>		
Ggf.	Gemeinsame Kurzentspannung und dann:		
Mit dem Patienten angehen: Loben, Stärken	<b>Was geht – mit Unterstützung – besser!</b> Was geht nun alleine, was mit der Gruppe und durch die Gruppe besser		

<b>Stunde 7</b>	<b>Wiederholte gestufte Expositionen (Kleine Schritte, die Erfolg ermöglichen im Sinne der Systematischen Desensibilisierung)</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten s.S.89</b>
	Blitzlicht: Was konnte ich schon nutzen, wenn's geht: Vormachen!		
Von einem anderem Patienten vormachen lassen:	<b>Was geht noch nicht wegen des Schwindels ? Was löst ihn – Hier und jetzt ! – aus ? (Vormachen lassen)</b>		
Ggf. Vertiefung der vorangegangenen	<b>Körperwahrnehmung – Reise zu den eigenen Stärken und wieder:</b>		<b>Anleitung</b> Reise zu den eigenen Stärken
Mit dem Patienten angehen: Loben, Stärken	<b>Was geht jetzt – mit Unterstützung – besser</b> Was geht nun alleine, was mit der Gruppe und durch die Gruppe besser		
Im Prinzip,	<b>weiter so bis der letzte seinen Schwindel</b>	<b>aufgeben</b>	kann...
<b>Hausaufgabe:</b>	Was kann ich davon in meinen Alltag einbauen		

<b>Stunde 8</b>	<b>Stress und Schwindel</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
	Blitzlicht: was konnte ich schon nutzen Eintragungen aus dem Schwindel Tagebuch		
<b>Vorrang :</b>	Wer möchte heute: Wiederholte gestufte Expositionen		
<b>Stress und Schwindel</b> Gezielt auch nach positiv bewerteten Life-Events fragen (Geburten, Ruhestand etc.), diese werden subjektiv oft nicht als Stressoren eingeordnet	Darstellung der Psychobiologie Identifikation von äußeren und inneren Stressoren. Zusammenhang Schwindel (Angst) und Stress Eruieren auslösender Faktoren Sammeln der Faktoren, die vor Beginn der Symptomatik auftraten, ggf. auf Metaplankarten Gruppieren der Stressoren nach Themen Erarbeiten aufrechterhaltender Bedingungen (positive / negative, kurzfristige/langfristige Konsequenzen)	<b>Patientenvorlage</b> ABC der Gefühle DE der veränderten Gefühle  <b>Infoblatt</b> Stress und Schwindel	Vortrag Stress
<b>Hausaufgabe:</b>	Methoden zur Bewältigung alltäglicher Stressoren Unterstützende und ermutigende Gedanken	<b>„PMR Sport“</b>	
	Wichtigkeit kurzfristiger positiver Konsequenzen anhand von Beispielen erläutern		
	Was ergibt sich, wenn meine Beschwerden weniger werden? Was kann ich gewinnen, was kann ich verlieren. (Was sind die Risiken?)		

<b>Stunde 9</b>	<b>Was ist noch nicht geklärt? Was kann erst mal nicht vollständig aufgelöst werden</b>	<b>Handouts für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
	Blitzlicht: Was konnte ich schon nutzen Verläufe aus dem Schwindel Tagebuch		
	<b>Wer möchte noch einmal Sicherheit tanken:</b>		
	Gibt es noch Faktoren, die JETZT noch vor der Symptomatik auftreten,		
Vorbereitung für ambulante Psychotherapie	Was kann helfen Wie kann ich mir helfen Was kann ich davon in meinen Alltag einbauen? Wobei muss ich mir helfen lassen		
<b>Jetzt</b> , um sie in der letzten Stunde besprechen zu können	<b>Abschlussste</b> Visuelle Analog Skala „Dizziness Handicap Inventar“ Vertigo-Symptom-Scala (Vertigo-) Handicap Questionaire		
Hausaufgabe:	Brief an den Schwindel !		



<b>Stunde 10</b>	<b>Abschied und Rückfallprophylaxe</b>	<b>Geschenk für Patienten</b>	<b>Material für den Therapeuten</b>
Resümee	Was habe ich in gelernt, was werde ich weiter nutzen Ggf. Eintragungen aus dem Schwindel Tagebuch		
Expositionen	<b>Wer möchte noch mal:</b>		
Ggf. mit Vorbereitung für ambulante Psychotherapie	<b>Erarbeiten von realistischen Zielen zu Hause.</b>  Ziel kann es nicht sein, die Symptome gänzlich für immer und jeden Moment loszuwerden.  Gleichgewichtsstörungen können immer wieder auftreten, sollten aber jetzt besser zu erkennen und zu bewältigen sein.  Auslösende und aufrechterhaltende Faktoren sind bekannt und sollten parallel verändert werden  Erarbeiten von Frühsignalen		
	<b>Entwickeln eines Notfallplans</b> Was kann zu Hause helfen  Was will <b>Ich</b> verändern – Hilft der Schwindel „als rote Lampe?“  Wobei muss ich mir helfen lassen  <b>Hat „der Schwindel“ zurückgeschrieben???</b>		
<b>Hausaufgabe:</b>	Brief vom Patienten an sich selbst mit Erkenntnissen und Vorsätzen für zu Hause		Anleitung Brief an sich selbst

### P.S: Eine Bitte

Auch wenn es nicht immer einfach ist und manchmal nicht gerne gesehen wird, Klinik- und konzernübergreifend Konzepte und Ideen auszutauschen, bin ich an Erfahrungen anderer zu diesem Thema interessiert und berichte auch gerne über meine, wohl wissend, dass selbst bei dem strukturiertesten Vorgehen Freiheitsgrade bestehen und immer Anpassungen an die jeweiligen Verhältnisse und vor allem an die jeweils konkreten Patienten nötig sind.

### Die Seitenzahlen beziehen sich auf:

Schaaf, H: *Psychotherapie bei Schwindel*. 2. Auflage. Asanger Verlag