

Vorwort zur 4. Auflage	1
1. Das Symptom „Schwindel“	5
1.1 Etymologie	5
1.2 Schwindel in der Philosophie	7
1.3 Schwindel in der Literatur	8
1.4 Schwindel in Psychologie und Medizin	10
1.5 Häufigkeit im medizinischen Versorgungswesen	14
2. Ätiologie – Wie kann Schwindel entstehen?	17
2.1 Die somatische Ebene	17
2.2 Die psychogene Ebene – der psychogene Schwindel	21
2.2.1 Symptome und Beeinträchtigungen	21
2.2.2 Schwindel- und Angsterkrankungen	24
2.2.3 Schwindel bei Panikattacken	28
2.2.4 Schwindel als Ausdruck einer phobischen Störung	32
<i>Agoraphobie (Platzangst)</i>	33
<i>Soziophobie (Soziale Phobie)</i>	33
<i>Acrophobie (Höhenangst)</i>	34
<i>Phobischer Attackenschwindel</i>	35
2.2.5 Schwindel im Rahmen von Depressionserkrankungen ...	36
2.2.6 Schwindel im Rahmen von Somatisierungsstörungen und undifferenzierten Somatisierungsstörungen	40
2.2.7 Schwindel im Rahmen von dissoziativen Störungen	43
<i>Kasuistik eines Konversionsgeschehens</i>	45
2.2.8 Schwindel bei psychiatrischen Erkrankungen	47
2.3 Der reaktive psychogene (sekundäre somatoforme) Schwindel	48
<i>Beispiel: reaktiver Schwindel bei M. Menière</i>	51
<i>Posttraumatischer Schwindel</i>	54
<i>Unfälle mit Kopfverletzungen</i>	54

VI | Inhalt

2.4 Der psychosomatische Schwindel	55
<i>Kasuistik eines komplexen somato-psychischen- psychosomatischen Schwindelleidens</i>	56
<i>Exkurs: Ist der M. Menière eine psychosomatische Erkrankung?</i>	58
2.5 Das Konzept des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“)	60
3. Diagnostik	65
3.1 Notwendige Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Ärzten	65
3.2 Erstkontakt und Erhebung der Krankengeschichte	69
3.3 Eine Checkliste zur Diagnose von Schwindelerkrankungen ..	73
3.4 Einbindung von Fachärzten für somatische Untersuchungen .	75
3.5 Das psychotherapeutische Erstinterview	77
3.5.1 Aufgaben und Ziel	77
3.5.2 Fragebögen und Testdiagnostik	79
<i>Visuelle Analog Skala (VAS)</i>	80
<i>Dizziness-Handicap-Inventar (DHI)</i>	80
<i>(Vertigo-)Handicap Questionnaire</i>	81
3.6 Symptomorientierte Verhaltensanalyse	83
<i>Krankheitsphänomene</i>	86
<i>Makroanalyse</i>	87
<i>Mikroanalyse des Schwindels und Diagnose</i>	89
<i>Neurosentheoretische Annäherung</i>	90
4 . Therapie bei psychogenen Schwindelzuständen	93
4.1 Psychotherapeutische Vorgehensweise und psychosomatische Medizin	93
4.2 Entängstigende Aufklärung	95

4.3 Gleichgewichtsrehabilitation mit Abbau von Vermeidungsstrategien	98
4.3.1 Ziele und Methoden der zentralen Kompensation bei Gleichgewichtsausfällen	98
4.3.2 Das Prinzip der Übungsprogramme	100
4.3.3 Wirksamkeit und Indikation der Trainings	101
4.3.4 Exkurs: Sturzprävention im Alter	103
4.4 Kognitive, lerntheoretische und psychodynamische Therapieansätze: Überblick	104
4.5 Kognitive Therapie	107
4.6 Systematische Desensibilisierung	112
4.7 Psychodynamische Therapieansätze	116
4.7.1 Übertragungs- und Gegenübertragungsfallen	117
4.7.2 Klassische Stationen einer tiefenpsychologischen Bearbeitung	118
4.7.3 Grundkonzept, Prinzipien und Ziele einer psychodynamischen Kurzzeittherapie	121
4.7.4 Psychodynamische Kurzzeittherapie bei Schwindel im Rahmen einer generalisierten Angststörung	124
4.7.5 Konkretisierung einer Psychodynamische Kurzzeittherapie bei Schwindel im Rahmen von Panikstörungen ohne Agoraphobie	127
4.7.6 Konkretisierung für eine Psychodynamische Kurzzeittherapie bei Schwindel im Rahmen von Panikstörungen mit Agoraphobie	129
4.7.7 Konkretisierung für eine Psychodynamische Kurzzeittherapie bei Schwindel im Rahmen einer Sozialen Phobie	129
4.7.8 Ein tiefenpsychologischer Ansatz bei der Patientin mit Schwindel im Rahmen einer sozialen Phobie	130
4.8 Schwindeltherapie im Rahmen von Depressionserkrankungen	131
4.9 Eine therapeutische Indikationsgruppe „Gleichgewicht und Schwindel“: Konzeptionelle Ansätze und Ziele	133

VIII | Inhalt

4.10	Medikamente gegen Schwindel?	136
4.11	Stationäre psychosomatische Behandlung und Krisenintervention	140
4.12	Begutachtung und berufliche Reintegration	144
	<i>Gleichgewichtsstörungen</i>	144
	<i>Die Menière-Krankheit</i>	145
	<i>Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen</i>	146
5.	Resümee	149
 Anhang		
	Charakteristische Schwindelempfindungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen	152
	Unsere Checkliste bei Schwindel	153
	Ausgewählte Medikamente zur Psychopharmakotherapie	155
	Ein möglicher Fahrplan für 10 bis 12 Gruppenstunden à 100 Minuten (2 bis 3 Mal die Woche)	156
Literatur	165
Über den Autor	175

*Wahrnehmungen, die durch den
vestibulären Apparat vermittelt
werden, bilden – nicht hinterfragt –
den Hintergrund jeglicher Erfahrung*

(Paul Schilder 1942)

Vorwort zur 4. Auflage

Es gibt mindestens drei gute Gründe, sich als Psychotherapeut und Psychotherapeutin mit „dem Schwindel“, seinen vielfältigen Facetten und den notwendigen, oft erfolversprechenden 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, 2012; Neuhauser, 2009). Wie eine Befragung bei über 30.000 Personen zeigt, 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. Zumindestens eine relevante psychogene Mitbeteiligung weisen 30 % bis 50 % der an Schwindel Leidenden auf (Alvord, 1991; Clark et al., 1994; Eagger, Luxon & Davis, 1992; Eckhardt-Henn et al., 2009; Mc Kenna, 1991; Kroenke, 2000; Schmid & Lahmann 2011; Staab 2006, 2012; 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 bzw. über partielle oder komplette Berufsfähigkeit (Eckhardt-Henn, 2003; Schaaf, 2003; Staab, 2012).

Die meisten Schwindelsymptome haben eine gutartige Ursache und lassen sich erfolgreich behandeln, wenn nach korrekter Diagnose eine „sach-

2 | Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen

gerechte“ Therapie durchgeführt wird, die organische und psychogene Aspekte beinhalten kann. Schwierig ist, dass der psychogene Schwindel alle Qualitäten annehmen kann, die auch ein – meist vorangegangener oder vorher erlebter – organischer Schwindel beinhalten kann. Die Begleitscheinungen 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 oft eine relevante psychische Genese vor wie z.B.

- 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.

Bei einem anhaltenden Schwindel „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“) – auch ohne klinisch auffällige psychogene Parameter – hat Staab (2006/2012) auch im Auftrag der Barany Gesellschaft das Konzept einer ausgebliebenen Re-Adaptation einer primär sinnvollen Adaptation auf vestibuläre Krisen entwickelt, was organische und psychogene integriert. Häufig werden zusätzlich aufgrund falscher (Eigen-)Annahmen und möglicherweise auch aufgrund falscher ärztlicher Instruktionen Aktivitäten oder Umgebungen vermieden, die die Symptome subjektiv verstärken könnten. Dadurch verliert der Betroffene an Fähigkeiten, mit der Situation umzugehen, und die neuropsychologische Adaption unterbleibt.

Häufig kommen auch 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 % noch Schwindelsymptome und eine stärkere Beeinträchtigung ihrer Berufs- und Alltagsaktivitäten.

Nun sind psychische Erkrankungen für den Betroffenen schon schwerer erfass- und begreifbar 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 Beziehungskonstellation – oft überfordert, ohne real helfen zu können.

Ist es hingegen möglich, die psychischen und psychosomatischen Komponenten mitzubeachten, 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 und 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 vierte Patient eine angemessene Therapie (Dieterich & Eckhardt-Henn, 2004). Dadurch ergibt sich für die psychotherapeutisch Tätigen die oft schwierige Situation, dass sie für sich selbst und für die Patienten oft erst Grundlagen schaffen müssen, auf denen sich ein ausreichendes Gleichgewicht entwickeln kann. Ein Anliegen dieses Buches ist, ihnen hilfreiche Grundlagen an die Hand zu geben, ohne dass bei diesem allumfassenden Thema alles ausgeführt werden kann

In dieser nun schon vierten Ausgabe kommen die tiefenpsychologischen sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen bei ausgewählten Schwindelformen zur Darstellung. Hinzugekommen sind die Soma und Psyche integrierenden Vorstellungen Staabs und der Barany Gesellschaft zum „anhaltenden Schwindel“ in Folge einer „fehlenden Rückanpassung“. Insbesondere für das Vorgehen in Kliniken ist ein Strukturierungsvorschlag für eine „Indikationsgruppe Schwindel“. Dabei kann die Darstellung natürlich nicht die notwendige Ausbildung als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut entbehren, sondern möchte daran anknüpfen können.

Die Leitidee des Buches und des Manualvorschlages ist, dass ein anhaltender Schwindel – außer bei bestimmten neurologischen Erkrankungen mit

4 | Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen

zunehmender Destruktion zentraler Gleichgewichtsstrukturen – wesentlich aufrechterhalten wird durch

- dysfunktionale Vorstellungen und Gedanken,
- ungünstige, aber meist veränderbare Gefühle und
- Vermeidung bzw. Unterlassung von möglicher Handlung.

Wie unsere Erfahrungen zeigen, weist auch anhaltender Schwindel ein Verbesserungspotential auf (Schaaf 2015/2016; Staab 2012). Dieses Verbesserungspotential gilt es auszuloten und die aufrechterhaltenden Faktoren anzugehen. Je besser der Patient das Schwindelgeschehen – auch in seinen psychogenen Anteilen – versteht, umso besser kann er damit umgehen und umso besser findet er den Weg zu einem neuen Gleichgewicht. Auch wenn organische Schwachstellen oder Schäden vorliegen, hängen Verlauf, Erleiden und Erleben der Erkrankung wesentlich von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien ab. Hier kann ein freundlicher wohlgesonnener Therapeut dazu beitragen, dass dies mit Mut und Zuversicht geschieht.

Im Fokus einer möglichst störungsorientierten Psychotherapie stehen:

- die Vermittlung von Wissen,
- das Verständnis für den Schwindelnden in seiner Not,
- die kognitive Umstrukturierung,
- die Bearbeitung des Vermeidungsverhaltens und das Vorbereiten der Bewältigung (Exposition) und
- die Bearbeitung der meist unbewussten Anteile in der Gestaltung der privaten und beruflichen Interaktionen und Beziehungen.

Bedanken darf ich mich bei meiner Frau Hedwig Holtmann und meiner langjähriger Oberärztin Brigitte Seling für die fachliche Unterstützung sowie bei Prof. Dr. S. O. Hoffmann für die Anregungen aus seinem „Angstmanual“ sowie die Erlaubnis, diese auf den Angstschwindel einarbeiten zu dürfen.

Jana Holtmann verdanke ich u. a. viele der im Buch zu findenden Bilder. Dr. Gerd Wenninger vom Asanger Verlag bin ich dankbar für die kompetente Hilfe bei der Verwirklichung dieses Projekts, das mich seit nun schon über 20 Jahren beschäftigt.

Arolsen im Juli 2016