



Fehlende Re-Adaptation als Grundlage von chronifizierendem Schwindel

Wenn der Schwindel die Akutphase überdauert

Helmut Schaaf

Vestibuläre Krisen sind für die Betroffenen ein beängstigendes Ereignis und für den HNO-Arzt eine Herausforderung. Bei Erkrankungen peripherer Genese kann dem Patienten zwar vermittelt werden, dass eine komplette oder zumindest weitgehende Habituation möglich ist. Dennoch kann der Schwindel manchmal das akute Ereignis überdauern. Ein möglicher Grund: die nicht gelingende „Re-Adaptation“ auf die – in der Akutphase – sinnvolle Hemmung des vestibulären Systems.

Patienten mit anhaltenden Schwindelerscheinungen – ohne ein dafür ausreichendes organisches Korrelat – stellen eine Herausforderung für die Behandler dar. Einen hilfreichen Erklärungsansatz, der das Geschehen nicht „psychologisierend“ sondern von der vestibulären Grundlage her verstehen lässt, haben jetzt überwiegend Psychiater und Neurologen der Barany Gesellschaft erarbeitet [1]. Konzeptionell wird dabei von einer „ausbleibenden Re-Adaptation“ nach einer primär sinnvollen Hemmung auf eine vestibuläre Krise ausgegangen [2]. Auslösende Ereignisse können sein

- neurootologische Ereignisse wie Gleichgewichtsausfall, gutartiger Lagerungsschwindel (BPLS), M. Menière

- oder vestibuläre Migräne, wobei die Erkrankungen mit rezidivierenden Anfällen besonders belastend sind,
- internistische oder neurologische Erkrankungen mit Schwindel (etwa Synkopen),
- psychische Erkrankungen wie akute Angstattacken (Panikattacken) mit Störung des Gleichgewichtes.

Fehlende Re-Adaption und doppelte Hemmung

Alle diese Schwindelauslöser erfordern in der Krise eine schnelle Anpassung. Dabei werden dysfunktionale Impulse aus dem vestibulären Anteil zentral gehemmt (Adaptation).

Gleichzeitig ist der Schwindel meist mit Angst verbunden, wobei Verbindun-

gen zwischen Angstsystem und den zentral-vestibulären Bahnen ebenfalls die Schwelle für afferente Bewegungswahrnehmungen erhöhen [3]. Dabei reagieren mehr als 85% der vestibulären Kerne mittels Serotonin (einem wichtigen Neurotransmitter in der Angstentwicklung) oder Serotoninantagonisten. Durch diese – in der Krise sinnvolle – meist doppelte Hemmung des vestibulären Anteils gewinnen im Gleichgewichtssystem die visuellen und propriozeptiven Anteile relativ an Bedeutung. Dies führt vor allem zu einer visuellen Dominanz.

Das visuelle System arbeitet aber „nur“ in einer unbewegten Umwelt im optimalen Bereich. Ohne die Abstimmung mit einem suffizienten vestibulären System wird es überfordert, sobald sich die Umwelt bewegt, etwa im Auto- oder Fußgängerverkehr. So können fälschlich Scheinbewegungen wahrgenommen werden (**Abb. 1**). Dies führt zu einer hohen Vorsicht, einem eingeschränkten, hochgradig absichernden Bewegungs- und Haltungsverhalten mit hochfrequenten, kleinamplitudigen Haltungskorrekturen. Gesunde würden dieses Bewegungsmuster etwa beim Gehen auf dünnem Eis oder auf einem Seil zeigen. Wird dies von

Angst begleitet, fällt dieses Verhalten ausgeprägter und „anhaltend“ aus.

Die akuten Anpassungsleistungen auf eine vestibuläre Störung sind in der Krise sinnvoll. Wenn aber Hemmungen des vestibulären Anteils im Laufe des organischen Erholungsprozesses nicht aufgegeben werden können, resultiert – so Staab [2] – eine Fehladaptation. Bei andauerndem Ausbleiben der Re-Adaptation verfestigt sich eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Haltungsveränderungen. So können sowohl Eigen- und Fremdbewegungen als auch komplexere visuelle Aufgaben überfordern. Subjektiv kann dann – bei Bewegungen oder visuell anspruchsvollen Aufgaben – „immer“ Schwindel erlebt werden. Daraus können sich Strategien der Haltungskontrollen mit hochfrequenten, kleinamplitudigen Haltungskorrekturen verfestigen.

Sekundär kann dies zu ängstlicher Beobachtung von normalen Bewegungsabläufen und zu einer überdurchschnittlichen Ermüdung bei Anforderung an das Bewegungssystem und an das – tendenziell überlastete – visuelle System führen.

Die doppelte Hemmung

In einer permanenten Schleife von gesteigerter, ängstlich beobachtender Reaktion auf Bewegungsreize und anhaltendem ängstlichem Sicherungsverhalten erhöht sich die „neurovegetative Sensibilität“ [4] und das Risiko für eine psychogene Komorbidität. Dabei sind vor allem phobisches Verhalten, Angsterkrankungen und depressive Einbrüche zu beobachten. Dies 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 („psychisch“) zu einer „doppelten Hemmung“ des Informationsflusses des vestibulären Systems kommen (Abb. 2).

Aufrechterhaltung

Als wesentlicher Faktor einer ausbleibenden Re-Adaptation gilt das Angstsystem, das (unbewusst) die Balance (Ausgleichbewegungen) beeinflussen kann [2]. Tschan et al [5] konnten umgekehrt Resilienzfaktoren zeigen, die

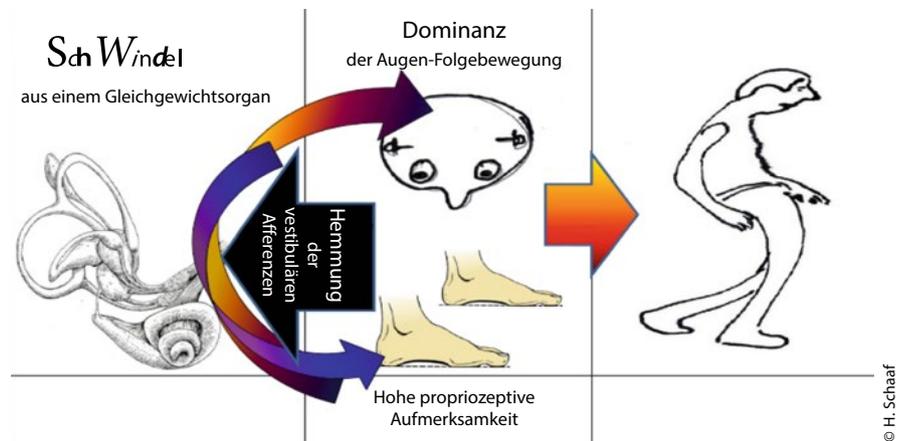


Abb. 1: Während einer akuten vestibulären Störung werden die das ZNS irritierenden Impulse gehemmt. Dadurch überwiegen im Gleichgewichtssystem relativ die visuellen und propriozeptiven Informationen. Dies führt zu einem von Vor-Sicht geprägtem Sicherungsverhalten wie beim Gehen auf unsicherer Unterlage.

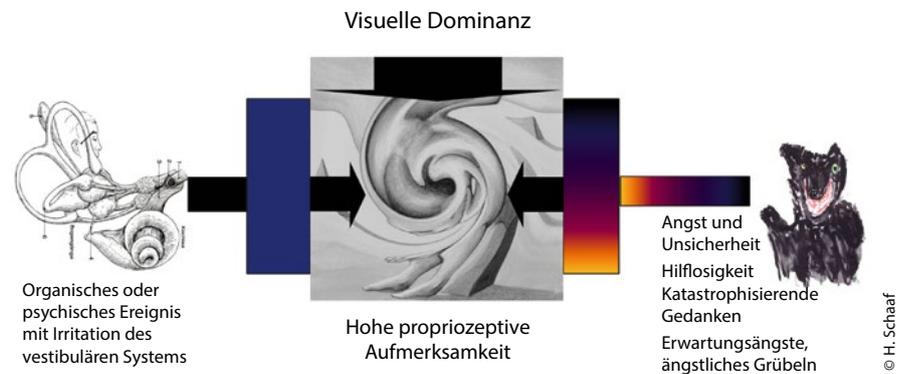


Abb. 2: Doppelte Hemmung der vestibulären Afferenzen hält den Schwindelpatienten im Griff.

vor einem chronischen Verlauf schützen.

Gefährdet sind vor allem Patienten mit rezidivierenden organischen Schwindelerkrankungen, etwa einem M. Menière, einer vestibulären Migräne, aber auch einem – unbehandelten – Benignen Paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS). Dabei werden Prozesse der operanten und klassischen Konditionierung sowie kognitive Prozesse des katastrophisierenden Denkens wirksam.

Das gilt auch für die ängstliche Beobachtung der vestibulären Irritationen, was den Fokus auf der Schwindelwahrnehmung statt auf den noch vorhandenen Gleichgewichtsfähigkeiten hält. Dies ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben [6, 7, 8, 9, 10], gilt in der Consensus-Gruppe aber als „nicht belegt“ [2]. Auch

diese Prozesse können zu Fehl-Wahrnehmungen von normalen Bewegungsreflexen (Abläufen) führen, die dann als Bewegungszustörungen wahrgenommen werden. Dies ist auch Teil des Konzeptes des Phobischen Attackenschwindels [11].

Gefährdet sind ebenfalls Patienten mit einer schon vorbestehenden Angst- oder Depressionserkrankung [12].

Überlagert werden kann dies von „Hemmnissen“ anderer Art, etwa bei ausstehenden Klagen gegenüber Unfallgegnern, einem sekundären Krankheitsgewinn oder psychischen Konfliktsituationen, in denen der Schwindel erträglicher erscheint als die anstehenden Konsequenzen. Nicht außer Acht gelassen werden darf aber, dass auch falsche ärztliche Weichenstellungen, wie die Verschreibung sedierender Medikamente

Tab. 1: Kernelemente des PPPD auf Grundlage des Konsenspapiers der Barany Gesellschaft [1]

| | |
|---|---|
| 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 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 der Balance beinhalten, einschließlich akuter, episodischer oder chronischer vestibulärer Syndrome, 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 |

oder die Empfehlung von Schonung und Vermeidung über die Akut-Phase hinaus zum Anhalten des Schwindels beitragen können.

Begriffsfindung

Der jetzt als Consensus entstandene, holprige Begriff des „Persistent Perceptual and Postural Dizziness“ (PPPD) ist Ausdruck eines langen, auf einen Kompromiss angelegten Diskussionsprozesses [1]. Er zielte darauf ab, die Vorstellungen aus dem englischsprachigen Raum, u.a. von Staab et al. [2, 4] zum „Subjektiven Chronischen Schwindel“ mit den Vorstellungen des „Phobischen Attackenschwindels“ von Brandt und Dietrich [11] abzugleichen. Zwar konnten dabei wesentliche Ansätze des „Phobischen Attackenschwindels“ aufgenommen werden, am Ende sollte/wollte das Brandtsche und Dietrichsche Konzept dennoch „mit einfacher Mehrheit“ als Sonderklassifikation bestehen bleiben.

Die Kriterien, die als kennzeichnend für einen Persistent Perceptual and Postural Dizziness („3P-D“) festgelegt wurden, listet **Tab. 1** auf.

Schon im Akutfall für bestmögliche Habituation sorgen

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. So kann durch ein Verkennen eines Vestibularisausfalls als Herzinfarkt oder Schlaganfall subjektiv aus einem ohnehin bedrohlich empfundenen peripheren Ereignis eine lebensbedrohlich imponierende Katastrophe werden. Oft wird der Patient sediert, bevor eine entsprechende Aufklärung erfolgen kann. Bleibt dann – meist nach einer Phase der Sedierung – eine Entängstigung aus und der Patient im Schwindel belassen, werden

selbst die gesündesten Persönlichkeitsstrukturen extrem auf die Probe gestellt. Godeman fand, dass psychische Variablen während der ersten Tage des Schwindels noch keinen Voraussagewert für die weitere Entwicklung eines anhaltenden Schwindels zeigen [13]. Der Wendepunkt für die Entwicklung psychischer Symptome scheint ab dem 10. Tag einzutreten, wenn sich
 – nach entsprechend ungünstigem Verlauf,
 – gefährdeter Persönlichkeitsstruktur,
 – vorab schon verschwindenden Ressourcen
 große Angstlevel finden lassen. Nach sechs Wochen scheinen katastrophisierende Gedanken („Ich muss vielleicht erbrechen“, „Ich habe bestimmt einen Schlaganfall“, „ich werde verrückt“) deutlicher zu werden. Patienten mit hohen Angstwerten nach zwölf Wochen entwickeln häufiger eine psychiatrische Komorbidität. Hier kann eine frühzeitige, patientengerechte, mutmachende Aufklärung – am besten noch vor der Sedierung, und spätestens nochmal, nachdem die Sedierung nachgelassen hat – extrem entängstigend wirken und einem anhaltenden Schwindelgefühl Einhalt gebieten (**Kasten unten**).

1-2-3-Checkliste für eine bestmögliche Habituation beim akuten Vestibularisausfall

- 1. Die richtige Diagnose nach einem angemessenen Untersuchungsgang stellen – und möglichst dem Patienten mitteilen, ehe er sediert wird**
 Patienten haben verständlicherweise Angst vor einem Herz- oder Hirninfarkt – Ärzte müssen diesen ausschließen. Ohne eine Kommunikation, die den Patienten erreicht, verbleibt dieser oft in der Angst vor einer schlimmeren Erkrankung. Dazu tragen auch die oft routinemäßigen Abklärungen auf Infarkt oder Apoplex bei, wenn dies nicht aufgeklärt 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 gewinnen, 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.

Hemmnisse für eine gelungene Habituation

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

- zu langer Schonung bzw. zu wenig Übung,
- gleichgewichtshemmenden Medikamenten „gegen den Schwindel“ statt Gleichgewichtsübungen,
- wenig eigener und professionell vermittelter Zuversicht in den Erfolg,
- Übersehen einer möglicherweise vorbestehenden oder sich mit dem Schwindel entwickelnden psychischen Beeinträchtigung.

In 20 bis 30 % der Gleichgewichtsausfälle folgt dem ursprünglichen Ereignis ein gutartiger Lagerungsschwindel (BPLS). Dies lässt den Betroffenen und – nicht selten auch den Behandler – fälschlich an eine Wiederholung des Ereignisses oder an einen M. Ménière denken. Dann unterbleibt zu oft und unnötig eine mögliche Therapie, und es weitet sich die Angst vor Wiederholung aus.

Ein Gleichgewichtsausfall kann so erschütternd und existenziell bedrohlich erlebt werden, dass bisher bekannte oder vermutete Lebenssicherheiten als (ver-)schwindend empfunden werden können. Dagegen helfen berechnete Zuversicht,

gute Aufklärung und intensives Gleichgewichtstraining – und ggf. psychotherapeutische Unterstützung.

Was tun bei anhaltenden Schwindel?

Untersuchung

Auch wenn bei einem länger anhaltenden Schwindelgeschehen meist keine akuten körperlichen Veränderungen zu erwarten sind, gibt es gute Gründe, auch diese Patienten gründlich zu untersuchen [14]. So kommt nicht selten doch eine relevante Erkrankung zum Vorschein, wie etwa ein beidseitiger Gleichgewichtsausfall, ein (vielleicht nicht austherapierter) gutartiger Lagerungsschwindel oder eine Polyneuropathie. Diese Erkrankungen benötigen eigene Therapien. Ein weiterer guter Grund für eine gute klinische Untersuchung und eine angemessene, d.h. sinnvolle, aber nicht übertriebene Zusatzdiagnostik ist das Vertrauen, dass zwischen Untersucher und Patient entstehen muss.

So kommen die Patienten in der Regel nicht zum HNO-Arzt, weil er als Psychoexperte gilt, sondern weil er etwas von Schwindel versteht. Wenn die klinische Kompetenz auch erlebbar wird, kann ein Patient darüber hinaus mögliche emotionale Aspekte benennen. Etwa

die Hälfte der Patienten weist nach den Untersuchungen Staabs [2] und auch nach eigenen Untersuchungen [15] relevante (behandlungsbedürftige) psychische Belastungen auf, seien sie ursächlich oder reaktiv.

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

Um die Depressivität abzufragen, helfen oft schon wenige Fragen [4]:

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

Auch wenn dann oft vieles in die Richtung einer psychologischen Mit-Erkrankung weist, kann das Schwindelgeschehen oft dennoch besser von einem erfahrenen Somatiker eingeordnet werden, der die Auswirkungen von Schwindel auf das Erleben und Verhalten kennt. Psychotherapeuten und Psychiater werden und müssen in ihrer – berechtigten – Unsicherheit erst mal auf den HNO-Arzt oder Neurologen verweisen.

Am Ende bleiben zwei Fragen:

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

Stufenweises Vorgehen

Der beste Weg aus anhaltendem Schwindel führt über ein stufenweises Vorgehen (Tab. 2).

Erklären und ermutigen: Viel hängt von der Kommunikationsfähigkeit des Arztes und einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten ab. Ein guter Ausgangspunkt ist, Verständnis zu signalisieren und zu erklären,

- dass es zunächst einmal normal ist, nach einem Schwindelgeschehen Gesundheitsängste zu entwickeln,
- sich besonders vorsichtig zu bewegen,
- Situationen zu vermeiden, in denen die Beschwerden zunehmen [14].

Tab. 2: Schritt für Schritt aus dem Dauerschwindel

| | |
|------------|--|
| Schritt 1: | Erklären Das Gleichgewichts-System wurde bisher von zwei Seiten gehemmt: durch eine zunächst sinnvolle Blockade des Gleichgewichtsanteils und die verständliche Angst, Fehlritte zu machen. Deswegen ist es verständlich, dass Schwindelgefühle geblieben sind und vorher einfach erscheinende Aufgabe jetzt das Augensystem überfordern und wiederum müde und schwindlig machen. Hilfreich: Info Blätter zum auslösenden Krankheitsbild, z.B. unter www.drhschaaf.de |
| Schritt 2: | Ermütigen zum Ausbau der Gleichgewichtsfähigkeiten Botschaft: Verbesserung ist möglich. Der Weg: a) Bewegungssteigerung bis zum Schwindelgefühl, b) Pause, c) am nächsten Tag einen Schritt weiter. Sedierende Medikamente – auch Antivertiginosa – ausschleichen |
| Schritt 3: | Unterstützung ermöglichen: ggf. Verordnung eines Gleichgewichtstrainings (Indikationsschlüssel SO3a) ggf. visuelle Desensibilisierung mithilfe von optischen Bewegungsstimuli |
| Schritt 4: | Ermütigung zu weiterer professioneller (psychotherapeutischer) Unterstützung um den hemmenden Angstanteil bei der Unterdrückung des Gleichgewichtssystem anzugehen wichtig dabei: Erklärung über die vestibuläre Komponente, realistisch: am ehesten im Rahmen einer Reha-Maßnahme |
| Schritt 5: | Unterstützung der Gleichgewichtsverbesserung mit Serotoninverstärkern (Antidepressiva), idealerweise durch einen damit erfahrenen Arzt |

Darauf aufbauend kann man erklären, warum dieses am Anfang sinnvolle Verhalten mit jedem Schritt erfolgreich aufgegeben werden darf, damit weder das Zentralnervensystem noch die Angst den Fortschritt aufhält. Dabei ist es gut zu vermitteln, dass in aller Regel gute Aussichten bestehen, sich wieder ganz normal und zumindest alltags-tauglich bewegen zu können. Man kann und muss vielleicht auch erklären, dass (zunächst) anspruchsvolle visuelle Aufgaben wie Computerarbeiten, aber auch Fernsehen, mehr Ressourcen verbrauchen und gegebenenfalls schneller ermüden.

Der Arzt sollte ermutigen, wieder sportlich aktiv zu werden und – auch wegen des Angstanteils – die Progressive Muskelentspannung (PMR) zu erlernen. Dafür muss man nicht auf die Volkshochschule warten. PMR ist verordnungsfähig und kann auch schon mit einer CD angewandt werden. Sport und PMR wirken sympatholytisch und anxiolytisch.

Gleichgewichtstraining: Evidenzbasiert ist die Durchführung eines abgestuften Gleichgewichtstrainings. In der Bundesrepublik kann eine Physiotherapie „bei Schwindel unterschiedlicher Genese“ eingesetzt werden (Indikationsschlüssel SO3a, Leitsymptomatik: Gang- und Standunsicherheit, Verunsicherung, Angstzustände).

Ist der visuelle Schwindel das führende Symptom, kann sich die Rehabilitation auf die visuelle Desensibilisierung mithilfe von optischen Bewegungsstimuli von zunehmender Größe und Dauer fokussieren [16].

Antivertiginosa ausschleichen: Antivertiginosa wie Flunarizin, Cinnarizin und Dimenhydrinat sind nur bei akuten Schwindelattacken und zeitlich begrenzt sinnvoll. Sie sind zur Dauerbehandlung des Schwindels ungeeignet, da sie den Kompensationsprozess des Gleichgewichtssystems hemmen. Beim PPPD besteht auch keine Indikation für Betahistine.

Mit Psychotherapie unterstützen: Wenn psychogene Faktoren wesentlich zur Aufrechterhaltung des Schwindels

beitragen, kann auch psychotherapeutische Unterstützung hilfreich sein [9]. Die Therapie besteht in einer gut vorbereiteten und unterstützten gestuften Konfrontation mit den einzelnen angst- und schwindelauslösenden Reizen. Auf diesem Weg kann eine schrittweise Habituation der Schwindel- und Affektreaktion erreicht werden. Dabei sollen sowohl kognitiv als auch aktiv handelnde Strategien der Bewältigung erarbeitet werden. Sind die Auslöser und aufrechterhaltenden Bedingungen identifiziert und hierarchisiert, können schwindelverstärkende Gedanken umstrukturiert werden. Vor allem müssen dann auch Expositionen vorbereitet und vor allem durchgeführt werden.

Wenn nötig Antidepressiva einsetzen: Wenn eine verifizierbare Angst- oder Depressionskomponente aufrechterhaltend für das Krankheitsbild ist, kann es sinnvoll sein, diese auch medikamentös zu behandeln. Dies ist ein Weg, der – oft auch als erstes – der US-amerikanischen Vorgehensweise entspricht [4]. Sachgerecht indiziert, können Antidepressiva den Therapieverlauf bei Schwindelformen mit verifizierbarem psychogenem Anteil günstig beeinflussen. Die Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind dabei wahrscheinlich nützlicher als das „bei Schwindel“ beworbene und oft unkritisch eingesetzte Neuroleptikum Sulpirid. Wichtig ist, darüber aufzuklären, dass damit eine der beiden aufrechterhaltenden Komponenten angegangen werden soll. Die Gabe von Antidepressiva sollte sicherlich nicht der einzige Schritt zur Verbesserung bleiben, oder gar die vestibuläre Rehabilitation oder mögliche Psychotherapie ersetzen. Zudem sollte die Psychopharmaka-Gabe auch abhängig gemacht werden von der eigenen Kompetenz in diesem Ansatz.

Wenn aber das Symptom erträglicher scheint als ein dahinterstehender Konflikt oder der sekundäre Krankheitsgewinn groß ist, muss auch dies in den Fokus genommen werden. Dies kann in Rehabilitationskliniken meist nicht geleistet werden und bedarf der fachgerechten Psychotherapie.

Fazit

Der Ansatz des PPPD hat das Verdienst, anhaltenden Schwindel von seiner organischen Komponente her zu betrachten. So wird das Geschehen nicht „nur psychologisch“ als ein [1] mögliches Symptom der Angst verstanden, sondern fachkundig in seinem vestibulären Zusammenhang erklärt. Das kann extrem hilfreich sein bei der Aufklärung und – in der Folge – auch die Akzeptanz in der Psychotherapie erhöhen. Dies verbessert auch die Chance, wie von Staab (2006) formuliert, Neurotologie und Psyche gleichzeitig und nicht getrennt voneinander zu sehen. Bei der Klassifikation könnte es auch dazu beitragen, die sehr unspezifische ICD-Nummer R42: „Schwindel und Taumel“ weniger nutzen zu müssen zugunsten eines handlungsrelevanten Konzeptes. Dabei kann ein wohlgesonnener, erklärender und die Angst mindernder Arzt nachhaltig dazu beitragen, dass dies mit Mut und Zuversicht geschieht.

Kritisch muss man anmerken, dass ein solches, im Optimalfall stufenweise aufgebautes Vorgehen mit einer abstim-menden Kommunikation ambulant oft schwierig zu gestalten ist. Die wichtigste Aufgabe des HNO-Arztes ist die Erklärung und Weichenstellung. Dennoch sind bei aller Skepsis, die oft von Fatalismus begleitet sein kann, zumindest stationär nachhaltig Erfolge auch über die Zeit nach der Behandlung möglich [15]. Die dafür notwendige Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber für die Patienten lohnend.

Literatur

www.springermedizin.de/hno-nachrichten

Dr. med. Helmut Schaaf
Gleichgewichtsambulanz in der Tinnitus
Klinik Dr. Hesse
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net