

Schwindel – ein Leitfaden



MediClin Bosenberg Kliniken

St. Wendel

Fachklinik für Neurologie, klinische Neurophysiologie und Innere Medizin

Fachklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Spezialklinik für Tinnitus und Cochlear Implantat (CI)

Patientenratgeber



Literaturempfehlung

**Gleichgewicht und Schwindel der Seele.
Ratschlag für Betroffene von Schwindelkrankheiten**
von Helmut Schaaf; Verlag: Profil, 2004

Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen
von Helmut Schaaf; Verlag: Asanger, 2007

**Wirksame Hilfe bei Schwindel.
Was dahinter steckt und wie Sie ihn wieder los werden**
von Thomas Lempert; Verlag: Trias, 2003

Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen
herausgegeben von T. Brandt, J. Dichgans, H.-C. Diener;
Verlag: Kohlhammer, 2007

Inhalt

- **Einleitung** | 03
- **So entsteht Schwindel** | 04
- **Normaler Schwindel** | 06
Autoreisekrankheit, Seekrankheit, Flugkrankheit
Höhenschwindel, Schwindel und Angst,
Die Lust am Schwindel
- **Schwindel als Krankheitszeichen** | 07
Drehschwindel, Schwankschwindel, Ohnmachts-
gefühl, „Unspezifischer“ Schwindel, Insuffizienz-
schwindel, Überaufmerksamkeitsschwindel
- **Diagnostik bei Schwindel** | 09
Die neurologische Untersuchung
Die internistische Untersuchung
Die hals-nasen-ohrenärztliche Untersuchung
Die orthopädische Untersuchung
Die neuropsychologische Untersuchung
Der gesunde Menschenverstand
- **Apparative Untersuchungen bei Schwindel** | 11
- **Besondere Krankheitsbilder** | 15
Morbus Menière, Paroxysmaler Lagerungsschwindel,
Akute Vestibulopathie (auch Neuronitis vestibularis),
Phobischer Attacken-Schwankschwindel
- **Therapie des Schwindels** | 18
Medikamente, Training und Sport, Entspannung
und Belastung, Der richtige Umgang mit Schwindel

© MediClin

Stand: Mai 2009

Z/Öffentlichkeitsarbeit, Offenburg

Fachredaktion: Dr. med. Ulrich Jobst

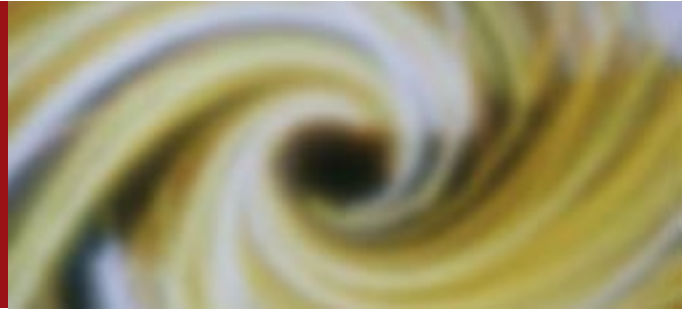
MediClin Bosenberg Kliniken

Fachklinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie

Am Bosenberg, D-66606 St. Wendel

Telefon 06851/14-270, Telefax 06851/14-195

Satz und Layout: DIVA, Weisweil



Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sind häufige Beschwerden und Erscheinungen bei einer Vielzahl von Erkrankungen. Dabei werden beide Begriffe oft durcheinander geworfen, sodass wir zunächst einmal klarstellen wollen:

Gleichgewichtsstörungen sind äußerlich sichtbare körperliche Erscheinungen – im medizinischen Sprachgebrauch: Symptome –, z.B., wenn ein Betrunkener über den Bürgersteig wankt.

Schwindel dagegen ist ein Gefühl. Wie auch der Schmerz ist dieses Gefühl nicht messbar.

Schwindel ist ein Gefühl! Aber mit Folgen!

Wenn wir dieses unangenehme Gefühl verspüren, so kann das körperliche Reaktionen auslösen: Übelkeit, Erbrechen, Blutdruck und Puls steigen an. Ist der Schwindel sehr heftig, kann der Kreislauf kollabieren, und wir werden für kurze Zeit ohnmächtig.

Bei vielen Krankheiten mit Gleichgewichtsstörungen haben die Betroffenen keinen Schwindel. Warum das so ist, werden wir weiter unten sehen. Viele Menschen mit Schwindel haben keine oder nur geringe sichtbare Gleichgewichtsstörungen. Trotzdem geht es ihnen schlecht. Dieses unangenehme Gefühl kann sie in ihrem Lebensablauf erheblich einschränken.

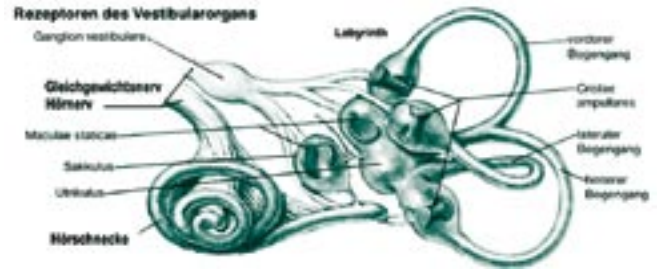
Mich schwindelt! Er schwindelt!

Schwindel hat aber auch eine doppelte Bedeutung, wie es unsere Sprache ausdrückt. Und diese Doppeldeutigkeit macht es den Betroffenen nicht immer leicht, auf Verständnis zu stoßen – manchmal auch bei sich selbst nicht.

Wir wollen im Folgenden nicht auf die Gleichgewichtsstörungen, sondern weiter auf die Entstehung des Schwindels eingehen, auf die Störungen, die ihn auslösen können, und die Folgen, wenn er chronisch wird. Schließlich möchten wir erläutern, auf welche Weise man ihn wieder losbekommen kann. Dafür werden wir Erklärungsmodelle vorstellen, um die komplizierten Vorgänge im Körper und Gehirn zu erläutern. Aber wie alle Erklärungen vereinfachen sie die Wirklichkeit. Im Einzelfall kann alles wesentlich komplizierter sein.

Deshalb kann dieser Leitfaden auch nur eine allgemeine Einführung sein. Bei jedem Betroffenen ist eine individuelle Untersuchung und Abklärung erforderlich. Auch die Therapie kann nur selten nach einem Schema vorgehen, sondern muss die Besonderheiten des Einzelnen berücksichtigen.

So entsteht Schwindel



Drei Sinne braucht das Gleichgewicht

Normalerweise wissen wir über die Lage unseres Körpers im Raum und seine Bewegungen in jedem Augenblick Bescheid. Dazu leiten unsere Nerven ständig Informationen von den Sinnesorganen zum Gehirn. Meldungen über Gleichgewicht und Lage im Raum erhalten wir gleich über drei Sinne:

1. Das Gleichgewichtsorgan neben dem Innenohr

Dieses Organ besteht aus zwei Funktionseinheiten:

- Die Bogengänge registrieren Beschleunigungen und Abbremsungen: Es gibt jeweils drei – einen Messaufnehmer für jede Richtung des Raumes. Wenn sich die Flüssigkeit in diesen „Fahrradschläuchen“ anders dreht als der Kopf, sprechen sie an. Wenn der Kopf gedreht wird, steht das Wasser in den Schläuchen zunächst noch still. Erst mit der Zeit wird es mitgerissen, bis bei weiter gleichmäßiger Drehung des Kopfes das Wasser genauso schnell rotiert wie der Kopf: Die relative Bewegung hat aufgehört. Es werden keine Alarmsignale mehr an das Gehirn gemeldet. Und wenn der Kopf plötzlich wieder still steht (nach dem Ende des Wiener Walzers), geschieht genau das Umgekehrte: Das Wasser im Ring dreht sich zunächst noch weiter. Das Organ sendet so lange Impulse, bis auch die Flüssigkeit im Ring zur Ruhe gekommen ist.
- Die Bläschen am Vereinigungspunkt der drei Bogengänge enthalten Lage-Fühler („Maculae staticae“). Dabei liegen einige kleine Steine auf einem „Stoppelfeld“ von Sinneszellen. Ist der Kopf zu einer Seite geneigt, so biegen die Steine die Stoppeln in diese Richtung. Steht der Kopf wieder gerade, stehen auch die Sinneshaare in Mittelstellung. Das Organ funktioniert nicht richtig, wenn die Steine nach unten hängen, d.h. wenn wir auf dem Kopf stehen. Natürlich funktioniert es auch bei Schwerelosigkeit nicht. (Die Bogengänge allerdings funktionieren im All: Sie brauchen keine Erdanziehung!).

2. Das Auge

Im Dunkeln gehen alle Menschen unsicherer als im Hellen. Wenn wir im Stehen die Augen schließen, schwanken wir. Wenn wir unseren Blick auf einen nahen Gegenstand geheftet haben, stehen wir ruhiger. Unser Sehen ist ein wichtiger Stabilisator. Außerdem können wir vorhersehen, dass z.B. eine Kurve kommt. Wir können uns besser auf die neue Situation einrichten.

3. Die Körperwahrnehmung

Auch wenn die Augen geschlossen sind, wissen wir normalerweise, wo sich unsere Hand befindet und wie stark unser Knie gebeugt ist. Dazu befinden sich Gelenkstellungs-Messaufnehmer überall in unserem Körper. Die Körperwahrnehmung wird mit dem Fachausdruck „Propriozeption“ bezeichnet. Ganz besonders wichtig ist sie im oberen Halsbereich, am Übergang zwischen Kopf und Körper. Über die Stellung und Bewegung des Kopfes bekommt das Gehirn durch Gleichgewichtsorgan und Augen relativ viel Information. Der Körper ist über den Hals jedoch sehr beweglich mit dem Kopf verbunden, sodass wir viel Information über die Biegung der Halswirbelsäule benötigen, um zu wissen, wo sich der Körper befindet. Beim Stehen und Gehen haben wir zusätzlich die Information aus den Druck- und Oberflächenrezeptoren in unseren Füßen (oder anderen aufliegenden Körperteilen im Sitzen oder Liegen).

So entsteht Schwindel

Der große Comparator

Im Gehirn laufen alle diese Informationen zusammen und werden verglichen, und zwar in zweierlei Hinsicht:

■ Stimmen die Sinneseindrücke miteinander überein, oder gibt es Widersprüche?

Sackt der Urlaubsflieger wegen Luftturbulenzen plötzlich ab, so meldet das Gleichgewichtsorgan Beschleunigung nach unten, aber unsere Augen haben ein unverändert unbewegtes Bild der Rückfront des Sitzes vor uns.

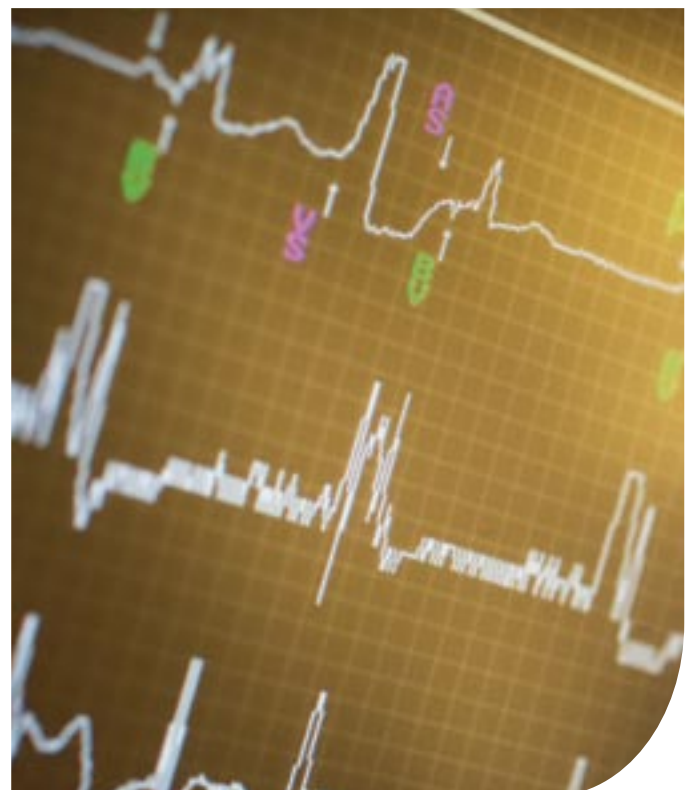
■ Stimmen die Sinneseindrücke mit dem überein, was zu erwarten ist, wenn eine geplante Handlung ausgeführt wird?

Wenn wir uns hinlegen, wird unser Lagesensor im Gleichgewichtsorgan stark angeregt, aber das war zu erwarten und muss niemanden aufregen. Wenn wir als Autofahrer selbst heftig auf die Bremse treten, macht uns das lange nicht so viel aus, wie wenn wir das Gleiche auf dem Rücksitz als Mitfahrer erleben.

Gibt es bei einem dieser Vergleiche Unstimmigkeiten, und überschreiten diese Unstimmigkeiten eine bestimmte Schwellenstärke, so wird Alarm ausgelöst: Schwindel. Schwindel ist also wie Schmerz zunächst ein Alarmsignal. Er hat eine wichtige Warn- und Schutzfunktion.

Die Empfindlichkeit für schwindelerregende Ereignisse variiert!

Die Schwelle, ab der Unstimmigkeiten in der Wahrnehmung Schwindel auslösen, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Aber auch beim Einzelnen kann sich die Empfindlichkeit verändern: Wenn sich eine schwindelerregende Situation häufiger wiederholt, gewöhnen wir uns daran, und von Mal zu Mal wird weniger Schwindel ausgelöst („Habituation“). Kommt allerdings Angst auf, so kann die Empfindlichkeit immer mehr zunehmen, sodass bereits die aller kleinste Unstimmigkeit Schwindel auslöst.



Normaler Schwindel

Physiologischer Reizschwindel ist in bestimmten Situationen normal. Dazu zwei Beispiele:

Autoreisekrankheit, Seekrankheit, Flugkrankheit

Die „Bewegungskrankheit“ (Kinetose) tritt bei ungewohnten Bewegungen und Beschleunigungen in Fahrzeugen auf, wenn diese mit den optischen Eindrücken nicht übereinstimmen (deshalb tritt die Kinetose häufiger auf, wenn man auf dem Rücksitz des Autos sitzt). Auch im Flugzeug bleibt optisch alles ruhig, während das Gleichgewichtsorgan durch das Absacken heftig gereizt wird. Auf See ist die optische Information nicht ausreichend, um die komplexe Rollbewegung des Schiffes auch mit dem Sehen erfassen zu können. Bei anhaltender Reizsituation tritt eine Gewöhnung und damit Besserung des Schwindels ein.

Höhenschwindel

Beim Blick in die Tiefe aus großer Höhe hat unser Sehen keinen Fixpunkt mehr. Die optische Wahrnehmung der normalen leichten Körpereigenschwankungen sind nicht mehr übereinstimmend. Das löst Höhenschwindel aus. Auch hier tritt eine Gewöhnung ein.

Schwindel + Angst › Phobie

Etwas anderes entsteht, wenn sich solche Situationen bei einem Menschen fest mit starker Angst verknüpfen. Man nennt das eine Phobie. Schwindel und Angst treten bei der kleinsten diesbezüglichen Gelegenheit auf, schon das Denken daran reicht oft als Auslöser: Höhenangst, Flugangst, ...

Die reale Gefahr und die panische Angst bzw. der heftige Schwindel stehen in keinem Verhältnis mehr. Stärkere Phobien bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung, wenn sie den Aktionsradius der Betroffenen stark einengen.

Die Lust am Schwindel

Der physiologische Reizschwindel muss nicht als unangenehm empfunden werden. Auf jedem Jahrmarkt, Rummelplatz oder Erlebnispark wird gezielt ein solcher Schwindel hervorgerufen. Er bereitet den Besuchern von Achterbahnen, Kippkreiseln etc. offensichtliches Vergnügen und führt bei dieser Gelegenheit auch viel seltener zu Erbrechen und stärkeren vegetativen Folgeerscheinungen.

Es ist also wichtig, unter welchem emotionalen „Vorzeichen“ Schwindel auftritt!



Welche Art von Schwindel?

Im Rahmen einer Krankheit tritt Schwindel in der Regel ohne einen äußeren Reizzustand auf. Um etwas Ordnung in die Fülle der Erscheinungen und der zugrunde liegenden Krankheiten zu bringen, kann man eine grobe Einteilung in Arten des Schwindels vornehmen:

Drehschwindel

„Alles dreht sich wie im Karussell!“ „Ich habe das Gefühl, als drehe ich mich andauernd im Kreis!“ Bei diesen Schilderungen eines horizontalen Drehschwindels kann meist auch die Richtung angegeben werden. Beim vertikalen Drehschwindel geben die Betroffenen an, sie fühlen sich, als ob sie ständig in einem Lift nach oben führen oder dauernd ins Bodenlose fielen.

Vestibulärer Schwindel

Diese Art von Schwindel ist am besten definiert und auch am besten zu beschreiben. Er rührt zumeist von einer Störung in einem der beiden Gleichgewichtsorgane (lat. Vestibulum) her und geht häufig mit Hörstörungen einher, weil Hörorgan (Innenohr) und Gleichgewichtsorgan sehr nahe beieinander liegen und durch einen dünnen Kanal miteinander verbunden sind. Alternativ kommt eine Schädigung des Gleichgewichtsnervs in Frage, der die Informationen aus dem Gleichgewichtsorgan ins Gehirn transportiert.

Drehschwindel tritt in aller Regel attackenweise über Sekunden bis Stunden, selten auch tagelang auf. Nur ausnahmsweise gibt es einen echten Dauerdrehschwindel. Dies weist eher auf eine Läsion der Gleichgewichtsnervenkerne im Hirnstamm, dem hinteren unteren Anteil des Gehirns, hin.

Die Abklärung des Drehschwindels obliegt dem Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder dem Neurologen.

Es kommt allerdings öfter vor, dass sich an eine Drehschwindelattacke ein länger dauernder Schwindel anderer Art an-

schließt. Für die Behandlung ist diese Unterscheidung sehr wichtig, wie wir noch sehen werden.

Der Drehschwindel kann durch eine Änderung der Kopflage (Lageschwindel) ausgelöst oder verstärkt werden.

Cervikaler Schwindel

Kurze, allenfalls Sekunden anhaltende Schwindelattacken dieser Art können auch durch chronische Verspannungen und Fehlhaltungen im oberen Halswirbelsäulenbereich ausgelöst werden. (Wir haben bereits dargelegt, wie wichtig die Stellungsrezeptoren im Halsbereich für die Einschätzung der Lage unseres Körpers gegenüber dem Kopf sind. Diese Rezeptoren können falsche Informationen absenden, wenn sie in einem solchen verspannten Bereich liegen.)

Schwankschwindel

„Wie betrunken“, „als ob ich torkelte“, „der Bürgersteig erschien viel zu schmal für mich“, so wird der Schwankschwindel geschildert. Außer nach einer Überdosierung alkoholischer Getränke tritt er bei Schädigungen im Bereich des Hirnstammes auf. Er ist weniger klar definiert als der Drehschwindel. Er kann mit oder ohne äußerlich sichtbare Gleichgewichtsstörungen einhergehen. In der Regel wird der Schwankschwindel vom Neurologen weiter untersucht.

Ohnmachtsgefühl

Aufsteigendes Unwohlsein, Schwarzwerden vor Augen kündigen eine Ohnmacht aufgrund einer Fehlregulation des Blutkreislaufs an. Diese Kreislauffehlregulation kann harmloser Art sein, wenn wir z.B. morgens zu schnell aus dem Bett aufstehen, wenn eine schreckliche oder eine freudige Nachricht uns „umwirft“. Es kann aber auch eine ernste Herz-Kreislauf-Erkrankung dahinter stehen. Entsprechend ist eine internistische Abklärung erforderlich.

„Unspezifischer“ Schwindel

So werden alle Schwindelformen genannt, die sich nicht so gut beschreiben und einordnen lassen. Sie bereiten häufig Probleme, weil man bei der medizinischen Abklärung sehr oft „nichts findet“. Es kann zu einer Odyssee von Arzt zu Arzt kommen, was zusätzlich verunsichert und den Schwindel noch verstärkt.

Mit „Schwindel“ werden u.a. beschrieben:

- diffuse Angst
- Phobien
- Depressionen
- Sehstörungen
- Medikamentenunverträglichkeit, -überdosierung oder -abhängigkeit
- chronische Vergiftungen anderer Art

Auf zwei Unterformen dieses unspezifischen Schwindels sei hier näher eingegangen:

Insuffizienzschwindel

„Nicht mehr mitkommen, ins Schwimmen geraten, den Boden unter den Füßen verlieren, nicht mehr durchblicken.“ Der Insuffizienzschwindel zeigt uns, dass wir mit einer Situation oder Aufgabe überlastet sind. Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen kommen häufig dazu.

Das kann daran liegen, dass wir uns „übernommen“ haben mit der Aufgabe, die uns gestellt wurde oder die wir uns gewählt haben. Aber auch, dass unsere geistigen Kräfte schwinden – im Alter oder bei bestimmten neurologischen Krankheiten.

Hier ist der Schwindel also nicht Alarmzeichen für eine körperliche Dissonanz, sondern für eine Störung des seelischen Gleichgewichts.

Überaufmerksamkeitsschwindel

Weiter oben wurde beschrieben, dass Dissonanzen in den Meldungen der verschiedenen Sinne für das Gleichgewicht erst dann ins Bewusstsein treten und als Schwindel zur Wahrnehmung gelangen, wenn diese Dissonanzen ein gewisses Maß überschreiten. Diese Schwelle kann sehr hoch liegen, wenn wir an die schwierige Situation (z.B. Klettern über einem tiefen Abgrund) schon gewöhnt sind und keine Angst haben.

Zu manchen Zeiten und bei manchen Menschen kann sie aber sehr niedrig sein:

Jede kleinste Dissonanz tritt ins Bewusstsein. Selbst einfache Situationen wie Hinlegen oder Gehen können dann ein Schwindelgefühl erzeugen.

Die Aufmerksamkeit wird immer mehr darauf gelenkt, solche feinen Dissonanzen wahrzunehmen, was die Schwelle weiter senkt. Schließlich tritt auch bei harmlosen Alltagssituationen schon ein heftiger Schwindel auf, sodass wir nicht mehr auseinanderhalten können, ob es sich um eine ernste Bedrohung handelt oder eine zu vernachlässigende Körperempfindung. Alarm und Fehlalarm sind nicht mehr auseinander zu halten. Die dann schwer gestörte Körperwahrnehmung erzeugt eine ständige Stresssituation, was zu Folgeerkrankungen wie Schlafstörungen, hohem Blutdruck, allgemeinem Leistungsabfall führen kann.

Wie kommt es zu einer solchen Entwicklung? Der Schlüssel liegt in der Regel in der Lebensgeschichte des Betroffenen. Oft spielen mehrere Faktoren zusammen: Wenn jemand schon als Kleinkind nicht richtig schaukeln und krabbeln, später als Kind nicht klettern, balancieren, turnen, tanzen durfte, ...



Am Anfang steht die Anamnese, die Schilderung der Patienten!

Schwindel ist eine sehr häufige Beschwerde. Wie schon beschrieben, ist Schwindel in vielen Situationen normal und als Warnsignal auch sinnvoll. Zugleich gibt es viele Krankheiten als Ursache von Schwindel. So vielfältig die Ursachen und Formen des Schwindels sind, so vielfältig sind auch die diagnostischen Möglichkeiten, nach einer Ursache zu suchen. Aber man kann nicht bei jedem Schwindel alles untersuchen. Deshalb braucht der Arzt eine möglichst genaue Schilderung der Beschwerden.

Wie schon gesagt:

Schwindel als solcher ist nicht messbar!

In der Anamnese wird gefragt:

- Wie empfinden Sie den Schwindel?
- Oder sind es mehrere „verschiedene“ Schwindel?
- Wann ist der Schwindel das erste Mal aufgetreten? Verlauf, Dauer?
- Was verschlimmert ihn, was macht ihn besser?
- Gibt es regelhafte Auslöser oder bestimmte Situationen?
- Sind Gleichgewichtsstörungen dabei? Wenn ja, welcher Art?
- Ist der Schwindel noch mit anderen Störungen zusammen aufgetreten?
- Medikamente? Alkohol? Andere Drogen? Ungewöhnliches Essen?
- Psychisches Befinden? Belastungen durch Arbeit und Familie? Krisensituationen?

Anhand dieser Angaben kann der Arzt bereits abschätzen, wohin die Richtung geht. Je nachdem, wie eindeutig die Angaben sind, werden dann ein oder mehrere diagnostische Wege beschritten. Manchmal aber ist schon nach der Anamnese eindeutig klar, woran es liegt. Dieses Gespräch zwischen Arzt und an Schwindel Leidendem ist deshalb so wichtig und durch nichts zu ersetzen!

Die neurologische Untersuchung

Die neurologische Untersuchung ist vor allem dann erforderlich, wenn neben Schwindel auch Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Lähmungen, Gefühlsstörungen oder sonstige Störungen des Nervensystems in Erscheinung treten. Bei der neurologischen Untersuchung werden insbesondere die Funktionen des Hirnstamms untersucht. Dies ist der Gehirnteil, in welchem Schwindel zumeist entsteht. Dann werden die Gleichgewichtsfunktionen und die Steuerung der Augenbewegungen untersucht, da auch zu diesen eine enge Verknüpfung besteht.

Die neurologische Untersuchung verschiedener Körperfunktionen erfordert nur wenige, einfache Hilfsmittel (Reflexhammer, Augenspiegel, Frenzelbrille, Nadelrad, Vibrationsgabel). Wenn der Patient gut mitarbeitet, ergeben sich sehr viele Informationen. Erst wenn die Mitarbeit nicht ausreichend ist oder etwas unklar bleibt, müssen apparative Untersuchungen (AEP, Hirnstammreflexe, Computertomographie, Kernspintomographie, Duplexsonographie, Dopplersonographie, Liquorpunktion) zu Hilfe genommen werden.

Die internistische Untersuchung

Die Kreislaufregulation wird mittels Blutdruckmessung, Schellong-Test, ggf. Fahrradergometrie, 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung und Carotidruckversuch abgeklärt. Bei Verdacht auf Herzrhythmusstörungen als Ursache des Schwindels werden EKG und 24-Stunden-Langzeit-EKG durchgeführt.

Blut- und Urinuntersuchungen dienen zum Erkennen von Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes mellitus – Zuckerkrankheit), Vergiftungen und Suchtmittelgebrauch.

Die hals-nasen-ohrenärztliche Untersuchung

Der HNO-Arzt sucht nach Störungen des Gleichgewichtsorgans in Nachbarschaft des Innenohrs als Ursache für den Schwindel. Man kann das Gleichgewichtsorgan nicht direkt inspizieren, da es tief im Felsenbein, einem Schädelknochen, versteckt ist. Der HNO-Arzt sucht deshalb über Gehörtests einen Schaden in direkter Nachbarschaft zu belegen. Im Übrigen geht er ähnlich vor wie der Neurologe: über Frenzelbrillenuntersuchung, Kalorik, AEP, Computertomographie, Kernspintomographie.

Die orthopädische Untersuchung

Eine Untersuchung durch den Orthopäden oder einen manuelltherapeutisch erfahrenen Arzt kann eine Funktionsstörung („Blockierung“) oder Erkrankung im Bereich der oberen Halswirbelsäule aufdecken. Wie bereits erwähnt, kann eine dadurch verursachte Störung der körpereigenen Messaufnehmer im Übergangsbereich zwischen Kopf und Hals zu Schwindel führen oder einen Schwindel verstärken.

Bei einer Funktionsstörung wird man im Röntgenbild nichts finden, aber bei der Untersuchung der Halswirbelsäule mit den Händen (deshalb das Wort „manual“) kann der erfahrene Arzt sie aufspüren. Oft hat die Störung sich aber dem Betroffenen schon durch zusätzliche Nackenschmerzen und Kopfschmerzen mitgeteilt.

Die neuropsychologische Untersuchung

Hirnleistungstest

Wenn der Verdacht eines Insuffizienzschwindels besteht, führen die Ärzte oder die Neuropsychologen „Hirnleistungstests“ durch. Dabei werden – ähnlich wie bei einem Intelligenztest oder einer Eignungsprüfung – Denkaufgaben gestellt zur Überprüfung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, räumlichem Vorstellungsvermögen etc. Eingesetzt werden Tests mit Papier und Bleistift wie auch Tests am Computer. Niemand kann diese Tests alle perfekt ausführen. Die Ergebnisse

der Tests werden vielmehr mit Normalwerten verglichen, d.h. den Werten, die andere Personen desselben Alters und derselben Vorbildung wie die Testperson durchschnittlich erreichen.

Ergebnisse deutlich unter dem Durchschnitt weisen auf eine Krankheit mit Einschränkung oder gar Abbau des Denkvermögens hin. Dies wäre dann die Ursache der Insuffizienz, der Überlastung.

Psychologisches Gespräch

Bei normalen Hirnleistungen kann der Insuffizienzschwindel darauf hinweisen, dass dem Betroffenen zu viel zugemutet wurde, oder dass er sich selbst zu viel an Stress, seelischen Belastungen und Krisen zugemutet hat.

Ziel des diagnostischen Gesprächs mit dem Arzt oder Psychologen ist es, diese Probleme genauer herauszuarbeiten, um in der Therapie Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Oft treten dabei keine psychischen Krankheiten im engeren Sinne zutage, sondern es sind eher schleichende Entwicklungen im Leben eines Menschen, die ihn an die Grenze seiner Belastbarkeit gebracht haben. Ein zusätzliches Ereignis bringt dann das Fass zum Überlaufen, „haut einen um“, „bringt einen aus dem Gleichgewicht“, ... wie es schon der Volksmund sagt.

Der gesunde Menschenverstand

Manchmal findet sich bei diesen Untersuchungen, insbesondere den technischen, „nichts“ oder „nichts mehr“, da die Schwindelattacke vorbei ist. Das ist gelegentlich bei Drehschwindel der Fall (siehe „paroxysmaler Lagerungsschwindel“), häufig bei unspezifischem Schwindel. Mehr dazu unter dem Kapitel „Besondere Krankheitsbilder“ (ab Seite 15).

Man kann dann beruhigt sein, dass keine schwere Erkrankung vorliegt, aber der Schwindel bleibt. Jetzt nur nicht den Kopf verlieren! Wer aus Panik zu allen möglichen Wunderheilern geht, verliert in der Regel viel Geld, aber nur selten seinen Schwindel.

Apparative Untersuchungen bei Schwindel



EKG (Elektrokardiogramm) und Blutdruckmessung hat wohl jeder schon einmal erlebt. Hier folgen jetzt einige Erläuterungen über die weniger gebräuchlichen Apparate und Untersuchungen.

AEP

Die Akustisch Evozierten Potenziale sind Hirnstromkurven, die als Antwort des Gehirns auf ein Geräusch entstehen und die von der Kopfoberfläche über Elektroden abgeleitet werden. Gereizt wird über Kopfhörer durch kurze Geräusch-Klicks. Damit die AEP nicht in der allgemeinen Hirnaktivität (siehe EEG, Seite 12) untergehen, werden der Reiz und die Aufzeichnung der Antwort mehrere Hundert Male wiederholt. Die Antwortkurven werden anschließend aufaddiert. Es werden nicht mit den AEP zusammenhängende Gehirnströme „herausgemittelt“. Dies geschieht mittels Computer, die ermittelte Kurve wird ausgedruckt und beurteilt.

Die AEP dienen zur Untersuchung der Hörfunktion in Hörnerv und Hirnstamm; der direkten Nachbarschaft des Vestibularorgans der Schwindel erzeugenden Strukturen im Gehirn.

Carotidruckversuch

Beim Carotidruckversuch wird rechts wie links auf die Halsmitte gedrückt, wo sich in der Aufzweigung der Halsschlagader (Arteria Carotis) ein Druckmesser des Körpers befindet, mit dessen Hilfe wir unseren Blutdruck regulieren. Insbesondere bei Arteriosklerose (Arterienverkalkung) kann dieser innere Blutdruckfühler überempfindlich auf Druck von außen reagieren (z.B. beim Rasieren). Die Folgen sind Schwindel in Form von Ohnmachtsgefühl bis hin zu Kreislaufkollaps mit Bewusstlosigkeit.

Während des Versuchs werden fortlaufend Blutdruck und Puls gemessen. Dieser Versuch darf nur durch einen Arzt ausgeführt werden.

Computertomographie des Kopfes

Mittels der Computertomographie können die Strukturen des Kopfes ab einer Größe von ca. 2 mm dreidimensional dargestellt werden.

Dabei wird der Kopf in Folge von allen Seiten mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Die Durchleuchtung wird über eine Messsonde in den Computer eingespeist und zu einem dreidimensionalen Bild verrechnet. Auf dem Bildschirm wird das Kopfinnere dann zumeist in Scheiben „geschnitten“ dargestellt. Bei Gabe eines Kontrastmittels über eine kleine Infusion in die Armvene ergeben sich manchmal zusätzliche Informationen.

Mit der Computertomographie können Tumoren, Entzündungen, Parasiten und sonstige Fremdkörper im Kopf festgestellt werden, welche zu neurologischen Ausfällen oder zu Hörmindierungen und selten auch zu Schwindel führen können.



Apparative Untersuchungen bei Schwindel

Dopplersonographie

Mittels einer Ultraschallstiftsonde, die über den Hals geführt wird, kann man den Blutfluss in den zum Gehirn führenden Halsschlagadern messen und Verengungen von mehr als 50% feststellen.

Schwindel allein hat zwar in der Regel nichts mit Durchblutungsstörungen zu tun. Wenn allerdings in der neurologischen Untersuchung zusätzliche Auffälligkeiten zu finden sind, muss man diese Möglichkeit in Betracht ziehen. Eine Untersuchung kann über 30 Minuten dauern, ist aber völlig ungefährlich.

Duplexsonographie

So wie man Babys im Mutterleib untersucht, kann man mittels Ultraschall auch Bilder der Halsschlagadern erhalten und darin die „Arterienverkalkungen“ erkennen. Kombiniert mit der Strömungsmessung der Dopplersonographie ergibt sich die „Duplex“-darstellung von Struktur und Strömung. Die Untersuchung ist zeitaufwendig, aber ungefährlich.

Bezüglich der Schwindelabklärung gilt dasselbe wie für die Dopplersonographie.

EEG

Alle unsere Nervenzellen leiten ihre Informationen über elektrische Impulse weiter. Die Stromstärke in einer einzelnen Nervenzelle oder Nervenfaser ist allerdings viel zu niedrig, als dass wir sie von außen messen könnten. Wir können nur die elektrischen Potenziale größerer Gruppen von Nervenzellen der Körperoberfläche, z.B. der Kopfhaut, ableiten.

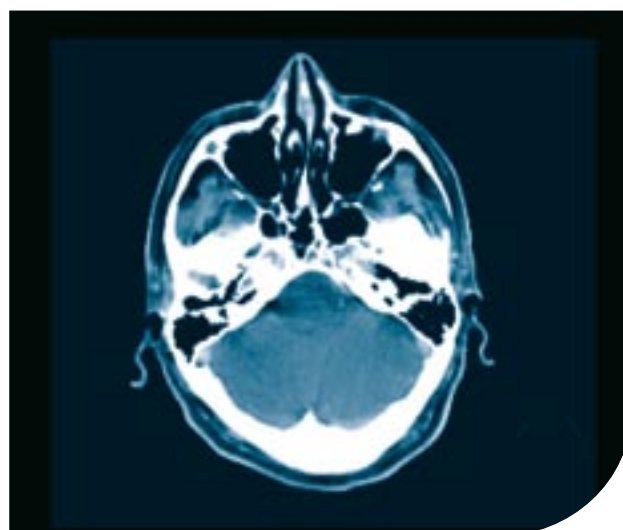
Das Elektroencephalogramm (EEG) misst die elektrische Summenaktivität der Millionen von Nervenzellen an der Oberfläche unseres Großhirns. Dazu werden ca. 25 Messelektroden über den Kopf verteilt angebracht und ca. 20 Minuten bei entspannter Wachheit abgeleitet.

Das EEG ist bei Schwindel in der Regel wenig aussagekräftig. Lediglich beim Insuffizienzschwindel kann eine Störung im EEG auf eine ernstere Hirnkrankheit hindeuten.

Elektronystagographie

Auch das Auge sendet bei Bewegung elektrische Impulse aus. Somit kann man die Augenbewegungen über eine elektrische Messung aufzeichnen und ähnlich wie beim EKG fortlaufend darstellen. Dazu werden je vier Elektroden um jedes Auge geklebt. Die Augen müssen bestimmte Bewegungen ausführen, die gemessen werden. In der Regel findet die Untersuchung im Sitzen und ohne Bewegung des Kopfes oder Körpers statt.

Bei der Schwindelabklärung interessieren Augenbewegungsstörungen als Auslöser von Schwindel. Wie oben besprochen, ist die Steuerung der Augen auch eng mit dem Gleichgewichtssystem verschaltet, sodass man Störungen in diesem System indirekt über Auffälligkeiten bei den Augenbewegungen nachweisen kann (siehe Kalorische Prüfung).



Apparative Untersuchungen bei Schwindel

Frenzelbrille

Die Frenzelbrille ist eine Brille mit sehr starken Gläsern und Beleuchtung der Augen. Setzt man sie einem Patienten auf, so kann er nichts sehen. Das ist beabsichtigt: Er soll nichts sehen, soll mit den Augen nicht fixieren können. Der Untersuchende aber kann wie durch eine Lupe mit Beleuchtung die Augenbewegungen des Patienten sehen.

Die Frenzelbrille dient vor allem zur Feststellung von Augenrucken (Nystagmus), das im Zusammenhang mit Drehschwindel auftritt. Beides zusammen weist auf eine Läsion des Vestibularorgans oder der Vestibularisnerven hin.

Hirnstammreflexe

Schwindel kann Zeichen einer Störung im Hirnstammbereich sein. Findet man anhand der neurologischen Untersuchung keine eindeutig normalen oder eindeutig pathologischen Befunde, so kann die Messung der Hirnstammreflexe zusätzliche Sicherheit geben.

Beim Blinkreflextest wird das reflexhafte Augenzukneifen nach einem Reiz im Gesichtsbereich (Schutzreflex) gemessen. Als Reiz in der Untersuchungssituation dient ein kurzer, leichter Stromstoß über dem Auge. Die elektrische Aktivität über den Augenschließmuskeln wird abgeleitet und ausgewertet.

Beim Masseterreflextest wird das reflektorische Kieferschließen nach einem leichten Schlag mit einem Gummihammer auf die Kinnspitze aufgezeichnet.

Kalorische Prüfung

Bei der Kalorischen Prüfung werden die beiden Gleichgewichtsorgane geprüft, indem man warmes, dann kaltes Wasser ins Ohr laufen lässt oder Luft hineinbläst. Diese Wärme- oder Kältezufuhr reizt die Gleichgewichtsorgane. Drehschwindel und ein Augenrucken (Nystagmus) sind die Folge. Der Nystagmus kann mittels Elektronystagmographie auch aufgezeichnet werden.

Wenn Drehschwindel und Nystagmus auftreten, ist das Vestibularorgan in Ordnung. Beim Ausfall tritt kein Schwindel auf. Daher ist die Untersuchung für den Gesunden etwas unangenehm.

Kernspintomographie

Die Kernspintomographie dient – wie die Computertomographie – der Darstellung der Strukturen im Kopf (Gehirnteile, Gefäße, ...).

Dabei wird keine Röntgenstrahlung benutzt, sondern die Resonanz der Körperatome auf die Reizung durch ein starkes äußeres Magnetfeld untersucht. Das Magnetfeld wird dabei systematisch verändert. Mittels einer Messsonde wird die Reaktion der Atome im Inneren des Körpers registriert. Die Daten werden in einen Computer eingespeist und zu einem dreidimensionalen Bild verrechnet. Auf dem Bildschirm wird das Kopfinnere dann zumeist in Scheiben „geschnitten“ dargestellt. Bei Gabe eines Kontrastmittels über eine Infusion in die Armvene erhält man in manchen Fällen noch zusätzliche Informationen.

Die Untersuchung ist sehr teuer, aufwendig, aber nicht mit Strahlenbelastung verbunden.

Apparative Untersuchungen bei Schwindel

Posturographie

Die Posturographie dient zur Messung der Standstabilität, bei Schwindel also der Feststellung, ob zusätzlich Gleichgewichtsstörungen vorliegen.

Bei der statischen Posturographie steht der Patient auf einer fest verankerten Messplattform, welche sein Körperschwan-ken über den Druck auf die Plattform misst.

Bei der dynamischen Posturographie wird der Untergrund samt Messplattform plötzlich gekippt oder weggezogen, und es wird untersucht, wann der Patient das Gleichgewicht verliert. Dazu wird er in einem Fallschirmgurtsystem gesichert, sodass es zu keinen Verletzungen beim Sturz kommen kann.

Bei der aktiven Posturographie ist der Untergrund fixiert, aber der Patient soll selbst aktiv leichte Körperschwankungen durchführen. Dabei wird dann die Standregulation gemessen.

Schellong-Test

Bei Schwindel in Form eines Ohnmachtsgefühls wird mit diesem Test die Kreislaufregulation gemessen. Unter fortgesetzter Blutdruck- und Pulsmessung muss der Patient mindestens 15 Minuten liegen, dann rasch aufstehen und mindestens zehn Minuten stehen. Kommt es dabei zu dem beschriebenen Schwindel, so kann anhand der Blutdruck- und Pulswerte die Art der Fehlregulation gemessen werden.



Morbus Menière

Der Morbus Menière ist eine gemeinsame Erkrankung von Innenohr und Gleichgewichtsorgan. Auslöser und Ursache sind nach wie vor unbekannt. Aufgrund einer Stoffwechselfehlsteuerung (nicht durch eine Durchblutungsstörung!) kommt es zu einem vorübergehenden Zusammenbruch der Funktion eines Gleichgewichtsorgans und/oder Hörorgans. Die Funktion des Organs wird bei häufiger Störungsfolge immer schlechter. Im Abstand von drei Tagen bis zwei Jahren kommt es zu einer erneuten Attacke.

Nach vielen Attacken kann es zu Ertaubung und Ausfall des Gleichgewichtsorgans auf der betroffenen Seite kommen. Die Attacken hören dann auf. Während sich die zunehmende Ertaubung ständig bemerkbar macht, zeigt sich der Drehschwindel als Ausdruck der vestibulären Störung immer nur während des Menière-Anfalls oder in den zwei bis drei Tagen danach. Dann hat sich das Gehirn wieder an den aktuellen Stand der Fehlfunktion des betroffenen Organs gewöhnt und gleicht die Fehlfunktion mit Hilfe des Vestibularorgans auf der anderen Seite aus (zentrale Kompensation).

Während des Menière-Anfalls kommt es zu einem heftigen, meist horizontalen Drehschwindel in Richtung des betroffenen Organs, verbunden mit Augenrucken (Nystagmus). Anfangs wird der Schwindel durch jeden Lagewechsel des Kopfes verstärkt (Lagerungsschwindel). Den Nystagmus kann der Arzt mit der Frenzelbrille gut erkennen. Schwindel und Nystagmus klingen im Laufe von zwei bis drei Tagen langsam ab.

Die Menièresche Erkrankung ist eigentlich keine gefährliche Krankheit, aber sie beeinträchtigt die Lebensqualität ganz erheblich, vor allem deshalb, weil man nie weiß, wann die nächste Attacke kommt. Während einer Attacke ist man weitgehend hilflos, kann nicht Auto fahren etc.

Im akuten Zustand werden Medikamente gegeben, die Schwindelgefühl und Übelkeit dämpfen. Es gibt Medikamente, welche die Anfallshäufigkeit senken. Allerdings tritt dieser Effekt nicht immer ein. Man sollte diese Medikation wieder absetzen, wenn nach drei bis vier Monaten kein Effekt eingetreten ist. Bei vielen Betroffenen wird die Anfallshäufigkeit durch Stressbelastung und psychische Faktoren deutlich beeinflusst.

Manche Patienten können aufgrund fortwährend hoher Anfallsfrequenz kein „normales“ Leben mehr führen. Dann kann man operativ das kranke Gleichgewichtsorgan ganz ausschalten. Allerdings besteht bei der Operation die Gefahr, dass das Gehör auf der betroffenen Seite schlechter wird oder ganz ausfällt.

Paroxysmaler Lagerungsschwindel

Paroxysmal heißt „plötzlich, unvorhergesehen“. Es kommt zu Perioden von Tagen bis Wochen, während denen es bei jedem Lagewechsel des Kopfes zu einem zehn bis 20 Sekunden anhaltenden Drehschwindel kommt.

Grund ist eine „Canalolithiasis“ (siehe Aufbau des Gleichgewichtsorgans, Seite 4): Die Steinchen auf dem „Stoppelfeld“ des Lagesensors im Vestibularorgan verrutschen, und eines/einige rutschen in einen, meist den hinteren Bogengang. Dort bewegen sie sich bei jeder Lageänderung träge hin und her und verursachen dadurch eine Scheinrotation im Bogengang. Da dieser Sinneseindruck nicht mit den übrigen Sinnen übereinstimmt, empfinden wir Schwindel, einen Lagerungsschwindel.

Besondere Krankheitsbilder

Canalolithiasis ist relativ häufig. Die apparativen Untersuchungen sind bis auf die Frenzelbrillenuntersuchung im akuten Zustand immer unauffällig! Die Ursache ist unbekannt.

Die Krankheit kann ebenso schnell verschwinden, wie sie gekommen ist. Dann nämlich, wenn sich die Steinchen wieder irgendwie festgesetzt oder aufgelöst haben.

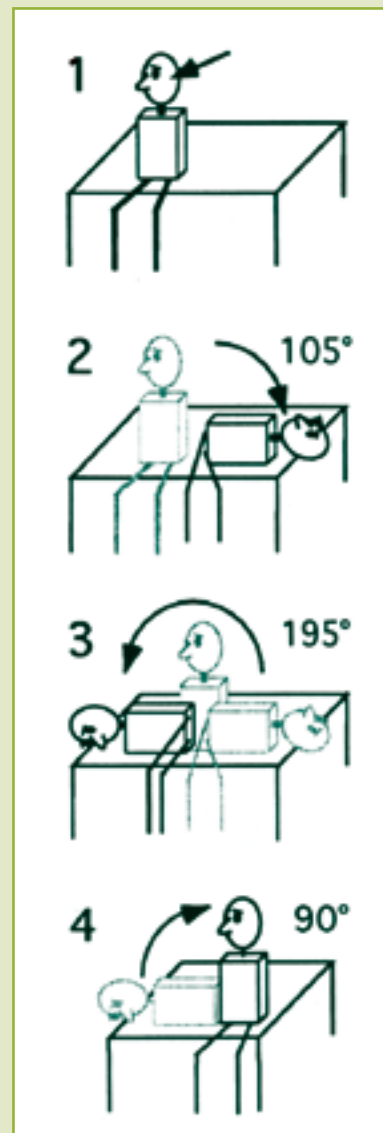
Durch eine Reposition kann der behandelnde Arzt versuchen, Partikel vom hinteren Bogengang zurück in den Utrikel zu verschieben:

1. in sitzender Position Kopf 45° zur Gegenseite drehen,
2. zur betroffenen Seite (im Bild nach links) hinlegen, Kopf über die Kante der Liege leicht nach unten,
3. auf die Gegenseite kippen, Kopf nach unten auf den Fußboden gerichtet, leicht in den Nacken gelegt,
4. langsam zurück in Sitzposition.

Danach mehrere Stunden nicht wieder hinlegen!

Manchmal genügt ein Versuch, um den Lagerungsschwindel zu beheben!

Eine medikamentöse Therapie ist nicht bekannt, eine Operation wegen der Risiken für das Gehör nicht angebracht.



Akute Vestibulopathie (auch Neuronitis vestibularis)

Ob es sich bei dieser Erkrankung – dem plötzlichen Ausfall eines Gleichgewichtsorgans – um eine Entzündung handelt, ist nach wie vor strittig. Durch die Dysbalance der Wahrnehmung gegenüber dem gesunden Organ kommt es zu einem heftigen Drehschwindel, der über ein bis zwei Wochen anhält und dann langsam abflaut, da das Gehirn sich an die Fehlinformationen aus dem gestörten Organ gewöhnt (zentrale Kompensation). Nur im Akutstadium der ersten Tage sollten dämpfende Medikamente gegeben werden, danach sollte eine dosierte krankengymnastische Übungsbehandlung die zentrale Rekompensation fördern.

Dabei werden genau dosiert die Kopfbewegungen durchgeführt, die den Schwindel auslösen! Vermeiden dieser Bewegungen unterhält den Schwindel und verlangsamt die Genesung.

Parallel kann es zu einem Ausfall des gleichseitigen Hörorgans kommen, einem „Hörsturz“, zusammen dann „Hör- und Gleichgewichtssturz“. Hörorgan wie Gleichgewichtsorgan können sich nach einer Weile wieder erholen, bei einigen Betroffenen fällt es für immer aus. Bei den meisten kommt es aber zu einer guten Rückbildung der Erkrankung.

Die genaueren Krankheitsursachen sind auch hier noch nicht erforscht, aber als Hauptrisikofaktor für die Krankheit ist Stressbelastung anzusehen.

Es kommt nicht zu regelmäßigen Anfällen wie beim Morbus Menière, aber die Krankheit kann sich wiederholen, auch auf dem anderen Ohr, wenn der Betroffene seine Stressbelastung nicht reduziert.

Phobischer Attacken-Schwankschwindel

Dabei kommt es zu plötzlichen kurzen Attacken von Schwankschwindelgefühl ohne Gleichgewichtsstörung, aber verbunden mit z.T. heftiger Angst oder den körperlichen Zeichen wie Schweißausbruch, Herzklopfen, Zittern, innerer Unruhe. Das Gefühl kann so stark sein, dass man die begonnene Handlung oder seinen Weg nicht fortsetzen kann, man sich hinsetzen oder manchmal auch weglaufen muss.

Die Attacken können in bestimmten Situationen auftreten (Phobie im engeren Sinne), oder sie treten ohne äußeren Anlass plötzlich auf, dann als Ausdruck einer Angstkrankheit.

Apparative Untersuchungen sind bis auf die Feststellung der erhöhten Pulsfrequenz im EKG völlig unauffällig.

Therapiert wird diese Krankheit meist durch eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie mit nicht süchtig machenden Medikamenten.

Sicherlich ist es nicht immer einfach, sich zugestehen zu müssen, dass man an einer psychischen Krankheit leidet. Aber man sollte die Therapie nicht auf die lange Bank schieben: Bei langem Krankheitsverlauf spricht die Therapie nicht mehr gut an.

Therapie des Schwindels



Schwindel ist ein Alarmsignal. Es zeigt an, dass etwas mit der Wahrnehmung des körperlichen, aber auch des seelischen Gleichgewichts nicht stimmt. Schwindel behandeln heißt, zuerst die Ursache suchen und dann behandeln. Schwindel kann sehr viele verschiedene Ursachen haben. Entsprechend verschieden sind auch die Therapien. Die Ursachen können hier nicht alle aufgeführt werden, ihre Erörterung bleibt dem individuellen Gespräch zwischen Patient und Arzt unter Kenntnis des Einzelfalls vorbehalten.

Manchmal lässt sich die Ursache nicht in kurzer Zeit beseitigen. Dann kann man das Schwindelgefühl mit Medikamenten unterdrücken. Mitunter geht das Schwindelgefühl auch nach Beseitigung der Ursache nicht sofort wieder weg. Schwindel ist ein Gefühl, und Gefühle sind nicht immer genau dosierbar und beherrschbar.

In seltenen Fällen wird Schwindel chronisch. Die Ursache ist längst behoben, der Schwindel hat seinen Sinn als Alarmsignal verloren. Es scheint nicht klar, wozu er jetzt noch dienen soll. Aber auch dann kann man noch eine Besserung erreichen.

Medikamente

Schwindel entsteht im Gehirn. Und so kann man Schwindel durch Medikamente unterdrücken, die das Gehirn dämpfen. Das ist im Akutfall eines Vestibularisausfalls auch wirklich erleichternd: Endlich hören Brechreiz und andere vegetative Folgen des Schwindelgefühls auf! Und „etwas Sinnvolles tun“ kann man in dieser Situation nicht. Es macht also zunächst nichts, wenn das ganze Gehirn etwas „benebelt“ ist.

Man sollte diese Medikamente aber nicht länger als drei bis vier Tage in Folge einnehmen:

- Sie verlangsamen die Gehirnleistung insgesamt. Auto fahren ist nicht zu verantworten, „Kopfarbeiter“ erleben eine erhebliche Leistungsreduktion.
- Sie unterdrücken auch andere Gefühle, gerade die angenehmen!
- Sie verhindern, dass man etwas Neues lernt. Bei einem Teil der oben aufgeführten besonderen Krankheiten kommt es aber gerade darauf an, dass das Gehirn lernt, mit der neuen Situation eines teilweise gestörten Sinnesorgans fertig zu werden. Diese „zentrale Kompensation“ wird durch die Medikamente unterdrückt. Man behält seinen Schwindel, solange die Medikamente eingenommen werden. Man braucht immer wieder Medikamente, um den Schwindel zu unterdrücken... Ein Teufelskreis.

Deshalb sollte man drei bis vier Tage nach einem akuten Schwindelereignis die Schwindel dämpfenden Medikamente wieder absetzen und zur krankengymnastischen Therapie übergehen.

Etwas anderes ist es, wenn der Schwindel Ausdruck einer psychischen Krankheit ist. Neben der psychotherapeutischen Behandlung kann hierbei auch eine längere Medikamenteneinnahme erforderlich sein. Dabei handelt es sich dann aber nicht um dämpfende Medikamente.

Therapie des Schwindels

Training und Sport

Mit gezielter Krankengymnastik, und bei weiterer Besserung, mit gezielter Sport- und Bewegungstherapie können die Betroffenen nach einer Akutkrankheit mit Schwindel ihrem Gehirn helfen, die schon mehrfach erwähnte „zentrale Kompensation“ zu erreichen und sich auf die neue Situation einzustellen.

Natürlich muss dies wohl dosiert geschehen. Zu solch einem Trainingsprogramm kann der Betroffene die Hilfe von Fachleuten (Krankengymnasten und speziell weitergebildeten Sporttherapeuten) in Anspruch nehmen.

Aber auch bei „unspezifischem“ Schwindel können Bewegungstherapie und Sport helfen, wieder Vertrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten zu gewinnen.

Bei Kreislaufregulationsstörungen ohne Herzerkrankung sind die physikalischen Therapien, insbesondere Kaltwasseranwendungen (nach Kneipp), und Sport therapeutisch die wirksamsten Mittel.

Entspannung und Belastung

Um das innere Gleichgewicht wiederzugewinnen, kann eine Entspannungstherapie eine große Hilfe sein. Sie muss regelmäßig ausgeübt werden, um therapeutisch wirksam zu werden.

Viele Krankheiten, die mit Schwindel einhergehen, werden durch Stressbelastung verschlechtert oder erst ausgelöst. Dazu kommt der Insuffizienzschwindel, der bei einem Teil der Betroffenen direkter Ausdruck ist: „Ich schaffe es nicht mehr!“ Stress scheint zu einem Hauptproblem unserer derzeitigen Lebensführung geworden zu sein. Natürlich gibt es unentrinnbare Schicksalsschläge, aber im Alltag könnte man durchaus an seiner Stressbelastung etwas ändern, wenn man einmal in Ruhe darüber nachdenkt.

Zur Einführung eines adäquaten „Stressmanagements“ kann man professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, z.B. im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Beratung durch Psychologen oder psychotherapeutisch ausgerichtete Ärzte.

Eine intensivere Psychotherapie ist dann erforderlich, wenn der Schwindel stark mit psychischen Problemen oder gar Krankheiten verknüpft ist. Hier sollte man nicht zu lange zögern, denn je länger die Problematik bestehen bleibt, desto geringer werden die Heilungsaussichten.

Der richtige Umgang mit Schwindel

Kann man bei einem so vielschichtigen Phänomen eine kurze Bilanz ziehen? Vielleicht so viel:

- Auf das aufgetretene Alarmsignal Schwindel soll man achten und nach der Ursache forschen.
- Ist der Schwindel chronisch geworden, sollte man sich von ihm nicht gänzlich vereinnahmen und nicht zu sehr einschränken lassen. Er ist zwar unangenehm, zeigt aber im Allgemeinen keine Bedrohung mehr an. Also kann man sein Leben leben – trotz des Schwindels oder mit ihm.

In diesem Sinne möchten wir alle Betroffenen während der Rehabilitation in unserer Klinik unterstützen und ihnen helfen, in jedem einzelnen Falle den richtigen Umgang mit „ihrem“ Schwindel zu finden.

Haben Sie Fragen?

Telefon 06851/14-262

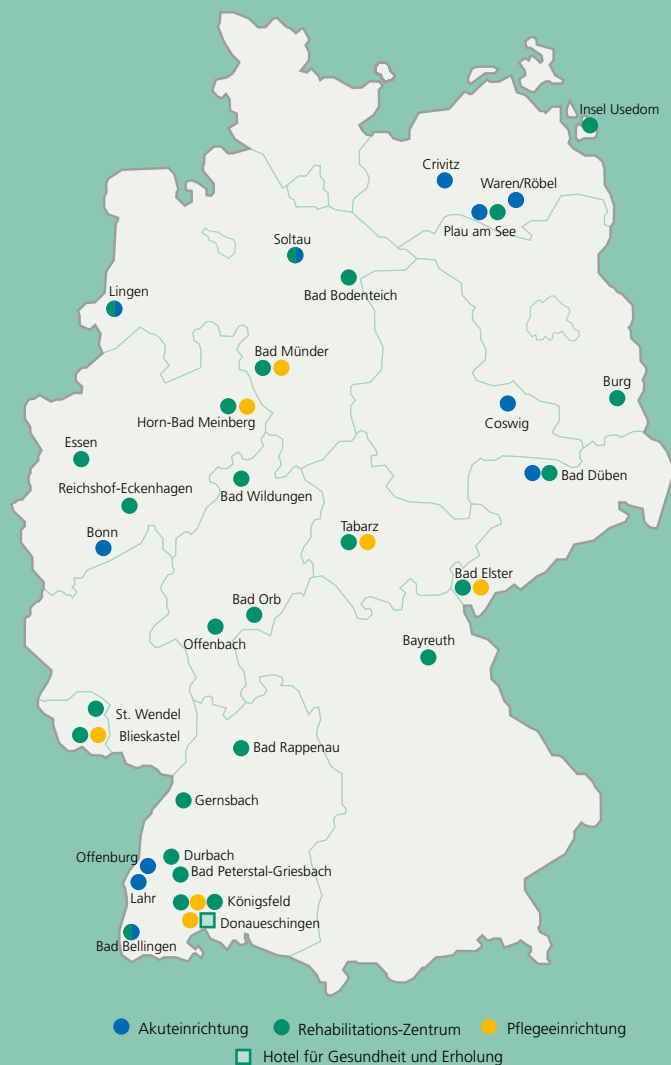
Unsere Mitarbeiterin Frau Schwan informiert Sie gern.

MediClin Bosenberg Kliniken

Fachklinik für Neurologie,
klinische Neurophysiologie und Innere Medizin
Fachklinik für HNO/Spezialklinik für Tinnitus
und Cochlear Implantat (CI)
Am Bosenberg, 66606 St. Wendel
Telefon 06851/14-0, Telefax 06851/14-100
info.bosenberg@mediclin.de

www.mediclin.de

Die Präsenz der MediClin



MediClin integriert.