

Die Schwindel-Erkrankungen

„Wenn sich alles dreht und nichts mehr geht“

Genaue Diagnostik • Adäquate Behandlung

Einleitung

Ich habe in meiner bisherigen Laufbahn als Atlaswirbel-Therapeut hunderte, wahrscheinlich tausende Patienten kennenlernen dürfen, die an der einen oder anderen Form von Schwindel litten. Das Spektrum zieht sich von „mir ist manchmal drieselig“ bis hin zu fast nicht mehr mit dem Leben zu vereinbarendem, schlimmsten Dauerschwindel.

Jede Form von Schwindel ist für die Betroffenen „gruselig“.

Ein Patient erklärte mir seinen Alltag so: „Es ist so, wie wenn dir jemand bei jedem Schritt, den Du machst, den Teppich unter den Füßen wegzieht“.

Die Psyche kann den Zustand in der Regel nicht sehr lange kompensieren; der Betroffene wird häufig ängstlich oder depressiv und zieht sich mehr und mehr in sein Schneckenhaus zurück. Das ist für alle Beteiligten tragisch.

Besonders leid tun mir junge Menschen oder Paare, bei denen ein Partner unter Schwindel leidet und die Beziehung nicht so führen kann, wie von beiden Seiten gewünscht. Man verläßt ungern das Haus, geht nicht mehr zu Veranstaltungen, nicht ins Kino und schon gar nicht zum Tanzen; schwierig für eine „junge“ Beziehung.

Von Schwindel Betroffenen berichten mir, dass die Hilfe, die sie von ärztlicher Seite erhalten, oft in ihrer Wahrnehmung unbefriedigend oder wirkungslos ist. Viele Patienten finden nicht den „richtigen“ Ansprechpartner, **da ihr Problem zwischen den Fachbereichen zu liegen scheint:** irgendwo zwischen der Neurologie,

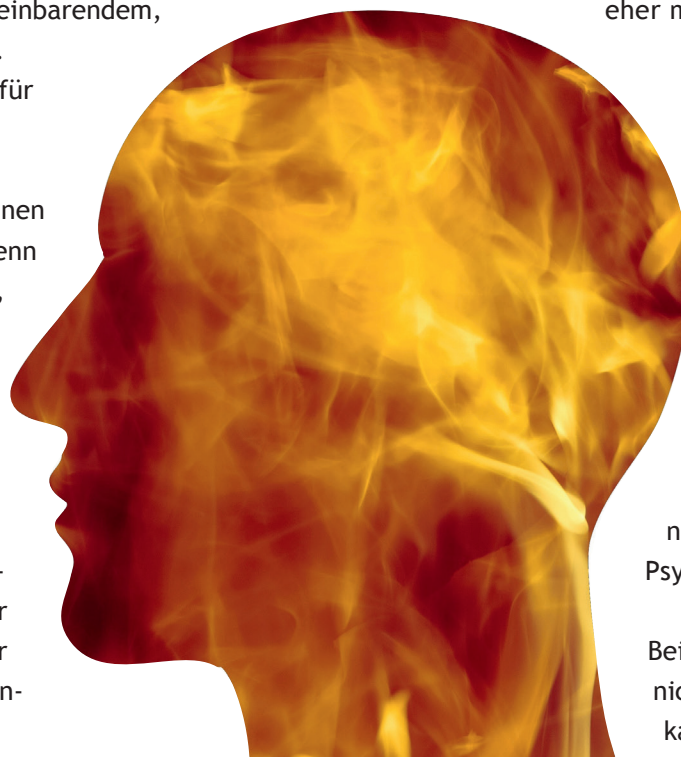
der HNO-Heilkunde, der inneren Medizin oder sogar der Augenheilkunde oder Psychiatrie. Bis auf Ausnahmen in den Schwindelzentren der U.S.A., in Großbritannien oder in Australien, ist hierzulande die Zusammenarbeit zwischen Neurologen und HNO-Ärzten leider eher mangelhaft.

Die Betroffenen werden in den meisten Fällen nach einer relativ kurzen Zeit der „Untersuchung“ entweder auf „**zervikogenen Schwindel**“, ausgelöst durch die Halswirbelsäule, diagnostiziert oder vorschnell auf die **Psychosomatik-Schiene** weitergeleitet; mit dem Hinweis: „da können wir Ihnen nicht helfen, gehen Sie bitte zum Psychologen“.

Beides ist in den allermeisten Fällen nicht richtig und für die Patienten kaum zu verstehen. Und auch wenn für das Schwindel-Geschehen die Halswirbelsäule als Ursache angegeben wird,

werden die hierfür wichtigen Kopfgelenke und die Position des Atlaswirbels selten beachtet und untersucht. Zusätzlich verschlimmert die „normale“ Physiotherapie der HWS durch Massieren und Mobilisieren die Beschwerden häufig mehr, als dass die Behandlungen helfen würden.

Auch bei unserer ältesten Patientin mit 106 Jahren, bei der „**Alters-Schwindel**“ diagnostiziert wurde, brachte die sanfte **Korrektur der Kopfgelenke** eine Verminderung des Schwindels von immerhin 50%. Und für eine „**vestibuläre Rehabilitation**“, also ein Trainieren des Gleichgewichtsorgans, ist man nie zu jung oder zu alt.





Die verschiedenen Schwindelformen

Anatomie, Diagnostik & Behandlungen

Die Dunkelziffer der Personen, die an einer der verschiedenen Formen von Schwindel leiden, ist hoch. Die **Diagnostik** der Schwindelbeschwerden ist oft schwierig und häufig nicht gründlich genug.

Mehr als die Hälfte von 1003 Probanden mit vestibulären, das heißt vom **Gleichgewichtsorgan** im Innenohr ausgelöstem Schwindel, berichten über eine falsche, nämlich eine „nicht-vestibuläre“ Diagnose; in der Regel wie gesagt: „Halswirbelsäule“ oder „Psychosomatik“ (Neuhauser et al., 2008).

Wir unterscheiden:

- Benommenheitsschwindel (vager, diffuser, unspezifischer Schwindel)
- Schwankschwindel (Gleichgewichtsstörung)
- Drehschwindel (eindeutiges Drehgefühl)
- Lagerungsschwindel (Schwindel nur bei Kopfbewegung)
- Präsynkope (drohende Ohnmacht)

Der klassische Drehschwindel hat zu 100% und der Schwankschwindel hat zu 93% die Ursache direkt im Vestibular-Organ, also im Gleichgewichtsorgan im Innenohr.

Wie ist das Gleichgewichtsorgan aufgebaut?

Das Gleichgewichtsorgan liegt im Innenohr. Es besteht aus den **Maculaorganen**, den Vorhofsäckchen, die mit En-

dolymphe gefüllt sind und in denen die Sinneszellen, die Haarzellen und die Kristalle liegen, die Kopf- und Körper-Bewegung messen und an das Gehirn weiterleiten.

Außerdem finden wir hier die **drei Bogengänge**, die in den verschiedenen Achsen angeordnet sind: der horizontale Bogengang, der vordere Bogengang (anterior) und der hintere Bogengang (posterior).

Die **Macula-Organen** werden bei linearen Beschleunigungen stimuliert (also im Auto oder im Fahrstuhl); die drei **Bogengänge** bei Drehbeschleunigungen, jeweils ein Bogengang um die jeweilige Achse der Kopf- oder Körperdrehung.

Das Gleichgewichtsorgan hat zwei wichtige Aufgaben:

Es regelt das **Gleichgewicht** und **stabilisiert gleichzeitig den Blick**, so dass die Augen auf einem Punkt ruhen können, selbst wenn sich der Kopf bewegt (**vestibulo-okulärer Reflex VOR**). So können Sie z.B. diesen Text hier lesen, selbst wenn Sie den Kopf hin und her bewegen.

Im Folgenden beschreibe ich:

1. die vestibuläre Hypofunktion
2. den Lagerungsschwindel
3. den zervikogenen Schwindel und die Atlasfehlstellung
4. Morbus Menière
5. die vestibuläre Migräne
6. den funktionellen Schwindel

1. Die vestibuläre Hypofunktion, die VH

Als erstes möchte ich auf die vestibuläre Hypofunktion eingehen, also die einfache Schwäche des Gleichgewichtsorgans. Grundsätzlich kann das Gleichgewichtsorgan wie ein schwacher Muskel systematisch trainiert werden.

Diagnose-Verfahren

- 1.) Unsicherheit oder **Schwankschwindel** beim Gehen oder Stehen plus mindestens eines der Symptome 2.) oder 3.)
- 2.) Bewegungsinduziertes **unscharfes Sehen** oder **Oszillopsie** (Wackelbilder) beim Gehen oder bei schnellen Kopf- oder Körperbewegungen. Das hieße, das der **VOR** (das Fixieren des Blicks) nicht funktioniert.
- 3.) Verschlechterung des Schwankschwindels in der **Dunkelheit** oder auf **unebenem Boden**.
Und **keine Symptome im Sitzen und Liegen** unter statischen Bedingungen.

Mögliche Ursachen

Durch verschiedene mögliche Ursachen kann das Gleichgewichtsorgan, häufig einseitig, eine Schwäche entwickeln. Neben anderen potentiellen Verursachern kann die Presbyvestibulopathie, die altersbedingte Schwäche des Gleichgewichtsorgans oder eine Entzündung im Innenohr, eine **Neuritis Vestibularis**, eine VH verursachen. Ebenfalls können eine allgemeine Polyneuropathie, ein Morbus Menière, ein Akustikusneurinom oder eine Ototoxizität, also toxische Medikamente, z.B. Gentamicin, die Ursache für eine Schwäche im Gleichgewichtsorgan sein.

Diagnose-Tests

Zur Diagnostik und auch zur Feststellung der betroffenen Seite des „schwachen Gleichgewichtsorgans“ stehen verschiedene Diagnose-Tools zur Verfügung:

- 1.) Provokation eines Augen-Nystagmus - **Augenzucken** - zu einer bestimmten Richtung - über den „Kopf-Impuls-Test“, kurz KIT.
- 2.) Test bei Verdacht auf vestibuläre Hypofunktion über den VOR, also die **Augenstabilisierung**, mittels des „Dynamic Visual Acuity Test“, den DVA Test.
- 3.) **Sieben Gleichgewichtstest** mit ansteigender Schwierigkeit mit geschlossenen Augen und auf unebenem Boden, um die Kompensationsmechanismen über die Augen und das Körpergefühl auszuschließen, bilden den **CTSIB-Test**.

Nehmen wir in diesem Test, „Clinical Test for Sensory Interaction in Balance“, CTSIB genannt, die Hilfestellung der Augen und der Körperwahrnehmung heraus, testen wir explizit und alleinig das Gleichgewichtsorgan im Innenohr.

- 4.) Im letzten Test des Gleichgewichtsorgans, dem „Functional Gait Assessment“, dem FGA, soll der Patient / die Patientin, **vier Gangübungen** ansteigender Schwierigkeit absolvieren, z.B. mit Kopfbewegungen, um auch hier die Kompensation des Gleichgewichts über die Augen auszuschließen.



Behandlung mittels der „vestibulären Rehabilitation“, der VR

Nach Durchführung der vier oben genannten Tests kann man eine **vestibuläre Hypofunktion** sicher diagnostizieren und mit der Behandlung beginnen. Die Behandlung heißt „vestibuläre Rehabilitation“ und wurde vom „Institut für vestibuläre Rehabilitationstherapie“, IVRT, auf der Basis der Arbeit U.S. amerikanischer Schwindel-Ambulanzen entwickelt. Diese haben auf dem Feld der Behandlung von Schwindelbeschwerden einen deutlichen Vorsprung gegenüber den europäischen Therapie- und Diagnoseverfahren von Schwindelerkrankungen.

Die vestibulären Rehabilitation

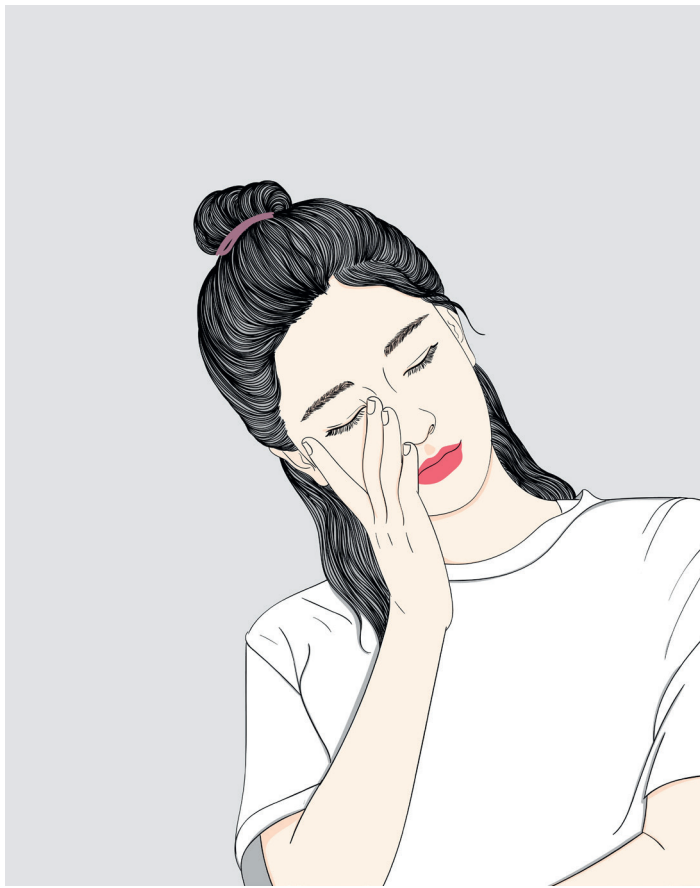
1.) Übungen zur Verbesserung der Augen-Kopf Koordination

Mittels eines Metronoms wird ein genau bestimmtes Tempo vorgegeben. Wir trainieren Blick-Transfers und Blickfolgen, sowie den VOR, die Blickstabilisierung, um das Gleichgewichtsorgan zu kräftigen.

Zu diesen drei Übungsfolgen gibt es als Erinnerungstütze YouTube Videos vom IVRT, (Video 1, 2, und 3).

2.) Gleichgewichtstraining mit geschlossenen Augen

Um die „falsche Kompensation“, die „Über-Nutzung der Augen“, wieder abzutrainieren und das Gleichgewichtsorg-



an selber zu trainieren und zu stärken, üben wir in ansteigender Schwierigkeit von statischen zu dynamischen Übungen mit geschlossenen Augen. Oder wir üben Gangschule kombiniert mit Kopfbewegungen in verschiedenen Achsen.

Zu diesen drei Übungsfolgen gibt es als Erinnerungstütze YouTube Videos vom IVRT, (Video 4 und 5).

Therapiedauer und Frequenz

- 1 Termin pro Woche für 4 bis 6 Wochen plus Hausaufgaben bei **akuter** oder **subakuter einseitiger Hypofunktion**, (z.B. Zustand nach Neuritis Vestibularis).
- 1 Termin pro Woche für 8 Wochen plus Hausaufgaben für Personen mit **chronischer einseitiger Hypofunktion**, Schwäche des Gleichgewichtsorgans, (z.B. Zustand nach Akustikusneurinom).
- 1 Termin pro Woche für 10-16 Wochen oder länger plus Hausaufgaben für Patienten mit **beidseitiger starker Schädigung** des Gleichgewichtsorgans, (z.B. nach Gentamicin- oder Cistplatin-Gabe. Das sind bestimmte Antibiotika und Chemotherapie Medikamente).

Die Therapieerfolge werden mittels des schon beschriebenen Tests, **CTSIB** und **FGA** dokumentiert und über standardisierte Fragebögen evaluiert.

2. Der Lagerungsschwindel

oder der **benigne paroxymale Lagerungsschwindel, BPLS**

Kristalle, genauer gesagt Calciumcarbonatkristalle (Otolithen), lösen sich aus der Membran des Vorhofs (Utriculus) und gelangen in einen der drei Bogengänge; und zwar zu:

- 90% in den hinteren Bogengang
- 5-10% in den horizontalen Bogengang
- 0-5% in den oberen Bogengang

Die Symptome eines Lagerungsschwindels sind eindeutig zuzuordnen: Sekunden dauernde zum Teil heftige **Drehschwindelattacken**, die durch Kopf- oder Körperlageveränderungen, zum Beispiel beim Hinlegen, Umdrehen oder Aufsetzen ausgelöst werden.

Behandlung des Lagerungsschwindels

Die Ursache für BPLS ist in der Regel relativ leicht zu beheben, wenn eine genaue Diagnostik vorangeht. Der Therapeut kann durch verschiedene Testverfahren zwischen zwei verschiedenen Arten des Lagerungsschwindels (Cupulolithiasis und Canalolithiasis) und den drei Bogengängen differenzieren, sowie zwischen „rechts oder links betroffen“ unterscheiden. In den Tests wird vor allem die Richtung der zuckenden Augen-Ausschläge, des **Nysthagmus**, provoziert und bewertet. Je nach Art des Befunds ist ein anderes Befreiungsmanöver angezeigt.

Werden diese Befreiungsmanöver korrekt durchgeführt, sind diese in der Regel sehr effektiv und haben eine Erfolgsrate von >95% (Strupp 2017).

Eine Umfrage bei 4869 Betroffenen ergab, dass nur 8% der Patienten die richtige Therapie erhielten (von Brevern et al., 2007).

Der posteriore also hintere Bogengang ist mit der Canalolithiasis weitaus am häufigsten betroffen. Er wird mit der „**Dix Hallpike Methode**“ getestet und mit dem „**Epley Manöver**“ behandelt. Eine weitere und intensivere Technik für den hinteren Bogengang ist das sogenannte „**Sermont Manöver**“.

Ist der horizontale Bogengang betroffen, testet man mit dem „**Supine-Roll-Test**“ und dem „**Bow & Lean Test**“ die Art und Seite der Ursache und behandelt mit dem sogenannten „**Lempert Manöver**“ oder dem „**Gufoni Manöver**“, wobei das „**Gufoni Manöver**“ mit einer Erfolgsquote von 93% vs. 80% bei „**Lempert**“, diesem vorzuziehen ist.



Bei beiden Bogengängen, dem hinteren und dem horizontalen, reicht in der Regel eine Behandlungssitzung bei einem fachkundigen Therapeuten aus, das „Problem“, also die Symptome des Lagerungsschwindels, zu beheben.

Davon abgesehen verschwindet nach circa sechs Wochen der Lagerungsschwindel sukzessive von selbst (**Spontanremission**), da sich die umherschweifenden Kristalle, die Otolithen, in der Flüssigkeit im Bogengang, in der Endolymphe, langsam auflösen.

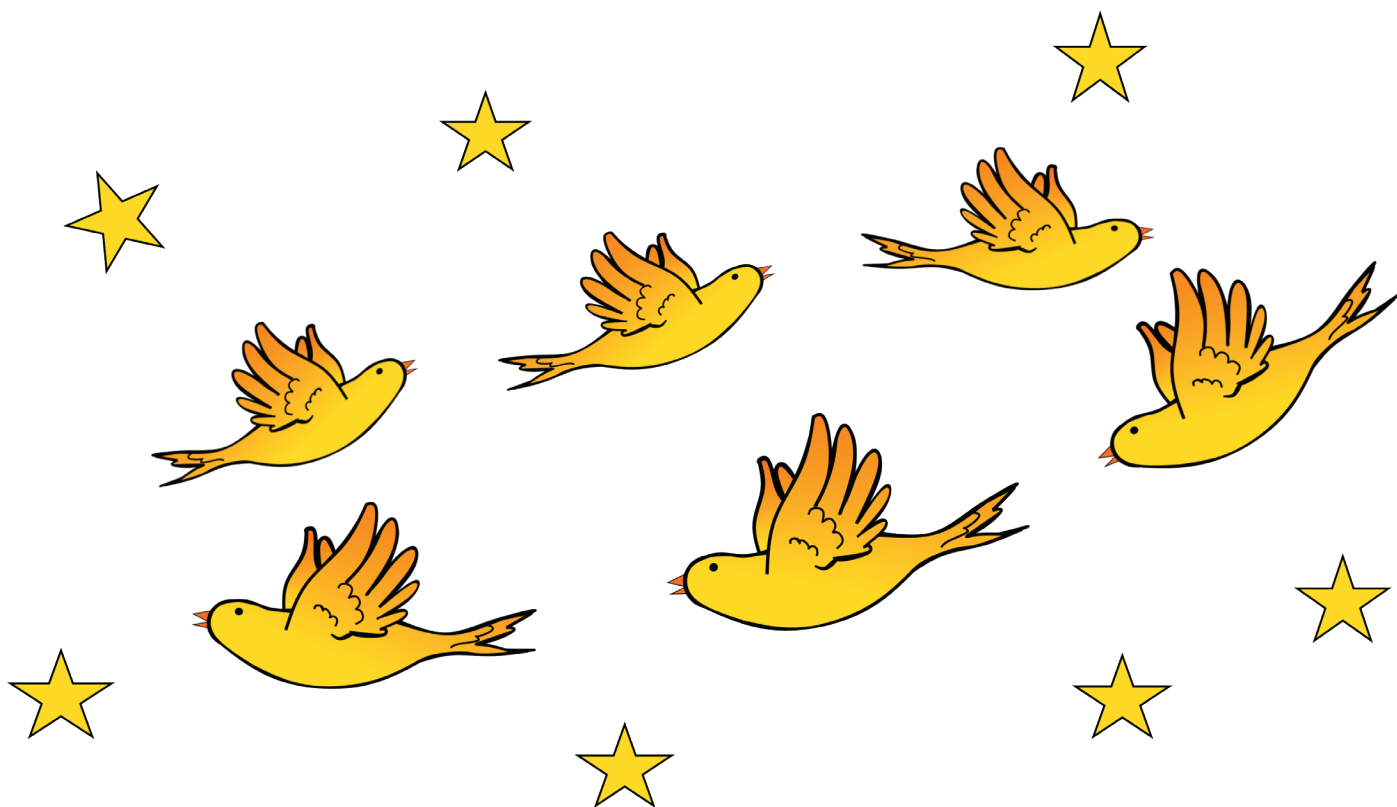
Wenn der Patient zum Beispiel eine sechswöchige physiotherapeutische Schwindel-Behandlung der Halswirbelsäule absolviert, verschwinden die Symptome und Patient und Therapeut freuen sich. Bei genauerer Diagnostik und einer gut ausgeführten und passenden Befreiungsmanöver-Therapie hätte die Behandlung aber wahrscheinlich lediglich einer Sitzung bedurft.

In einigen Fällen können nach der „erfolgreichen“ Behandlung von Lagerungsschwindel **Restsymptome**, wie eine leichte Benommenheit, Gangunsicherheit oder psycho-emotionale Folgen auftreten. Diese verschwinden in den meisten Fällen nach zwei bis drei Tagen. Sollten die Restsymptome länger bestehen bleiben, und **um das Be-**

handlungsergebnis nachhaltig zu stabilisieren, ist eine Kombination aus therapeutischen Manövern und einer anschließenden „**vestibulären Rehabilitation**“, wie zuvor beschrieben, sinnvoll.

Nicht zweckdienlich beziehungsweise veraltet sind folgende Ideen in der Behandlung von Lagerungsschwindel:

- Manöver sollen selbständig dreimal täglich für eine Woche zu Hause durchgeführt werden. (In 90-95% der Fälle reicht eine Sitzung mit zwei bis drei Manövern (Herdmann und Hoder, 2014))
- Bildgebende Verfahren wie MRT oder CT zur Diagnostik: nicht notwendig. Der „**Dix Hallpike Test**“ alleine genügt zur Diagnostik.
- Vibration oder **Klopfen am Mastoid** (hinter dem Ohr) steigert die Erfolgsrate: Das ist nicht richtig.
- Post-Manöver **Restriktionen** wie: im Sitzen schlafen oder nicht auf der betroffenen Seite liegen: nicht notwendig.
- **Medikamente** gegen Schwindel einnehmen: nicht erfolgversprechend. Lediglich akut gegen Übelkeit, wenn diese die Behandlung ansonsten nicht zulässt.
- Übungen nach „**Brandt-Daroff**“ haben lediglich eine Wirksamkeit von 24% und sollten durch wirksamere modernere Behandlungen ersetzt werden.



3. Der zervikogene Schwindel - die Atlaswirbelfehlstellung

Sollten alle Tests für die Funktion des Gleichgewichtsorgans negativ ausfallen, müssen wir die Kopfgelenke, also die obersten zwei Halswirbel, den Atlas und Axis, genauer betrachten.

Da eine Dislokation, also eine Verschiebung des **C1 Atlaswirbels**, einen Druck auf die dem Kopf Blut zuführende Arterie, die **arteria vertebralis**, ausüben kann, ist eine Untersuchung der Kopfgelenke sinnvoll. Die geradewegs aufsteigende Arterie macht im knöchernen Querfortsatz des Atlaswirbels einen recht scharfen „Knick“ mit einem Winkel von über 90 Grad. Insbesondere wenn der Atlaswirbel in einer **Rotationsfehlstellung** steht, das heißt leicht verdreht steht, drückt der Knochenrand des Querfortsatzes nicht nur auf den dicht anliegenden **Vagusnerv**, der als vegetativer Nerv ebenfalls eine Schwindelsymptomatik auslösen kann, sondern eben auch auf die Aderwand der **arteria vertebralis**; und zwar genau in diesen „Knick“. Dadurch wird die Fließgeschwindigkeit des Blutes etwas verlangsamt und der Sauerstoff kommt etwas langsamer zum Kopf. Ein Schankschwindel, Benommenheitsschwindel oder Dauerschwindel kann, neben anderen Symptomen wie Kopfschmerzen oder Migräne, entstehen oder angebahnt werden.

Die Repositionierung des Atlaswirbels C1 und ggf. des **Axiswirbels C2** gehört in die Hände eines auf diese Behandlung spezialisierten Therapeuten. Hierzu wird ein Loslassen der am Wirbel anliegenden Muskulatur provoziert und der Wirbel sanft und kontrolliert mittels hunderter kleiner Impulse eines speziellen Therapiegeräts in seine Gelenkflächen zurück „begleitet“. Die nun korrekte Wirbelposition lässt sich dann gut und sicher palpieren, also ertasten. Mit der Atlaswirbelkorrektur soll der Druck sowohl auf den Vagusnerv, wie auch auf der Aderwand der **arteria vertebralis** rückgängig gemacht werden. Somit sprechen wir hier von einer „ursächlichen“ Behandlung.

4. Morbus Menière

Als **Morbus Menière** bezeichnet man eine Erkrankung des Innenohrs, die **anfallsartig** mit Drehschwindel, Hörminderung und Tinnitus einhergeht (klassische Trias). Die Krankheit manifestiert sich in der Regel zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr mit einer Inzidenz von etwa 50/100.000. Die Lebenszeitprävalenz, also die Lebenszeithäufigkeit, liegt bei etwa 0,5 %. Männer sind etwas häufiger betroffen. Ausgelöst wird sie durch eine Volumenerhöhung der Endolymphflüssigkeit im Innenohr. Dadurch kommt es episodisch zu Membrandurchbrüchen, wodurch sich Endolymph-



und Perilymphflüssigkeit vermischen. Die Folge ist starker **Drehschwindel** zwischen 20 Minuten und 12 Stunden, verbunden mit **Hörminderung und Ohrgeräuschen**.

Eine ursächliche Behandlung ist leider nach derzeitigen Erkenntnissen nicht möglich. Weder der Verzicht auf gewisse Lebensmittel wie Salz, Kaffee oder Alkohol zeigt eine Evidenz, noch ist die Gabe von Betahistin in verschiedenen Dosierungen gegenüber einem Placebo überlegen.

Das „**vestibuläre Rehabilitations Training**“ kann die Schwindelattacken nicht beeinflussen. Das Erlernen und Üben der VR ist jedoch trotzdem wichtig, da es bei 30-50% der Morbus Menière Patienten langfristig zu einer Schwäche des Gleichgewichtsorgans, zu einer **vestibulären Hypofunktion**, kommt. Diese Schwindel-Symptome können mit einer VR gemildert werden.

5. Vestibuläre Migräne

Eine weitere Sonderform der Schwindelerkrankung ist die **vestibuläre Migräne**. Sie ist wie eine Kombination aus Migräne und Schwindel zu verstehen.

Die vestibuläre Migräne ist nicht selten, wird aber selten richtig diagnostiziert. Von den der Ärzteschaft zugewiesenen Patienten mit Verdacht auf vestibuläre Migräne, der

VM, wurden lediglich 1,8% auf VM diagnostiziert, obwohl die tatsächliche Diagnoserate 20,2% betrug (Geser & Straumann 2012).

Die VM gilt als die häufigste Ursache für **episodisch spontane Schwindelattacken** und als **häufigste Ursache für Schwindel bei Kindern** (Dietrich 2016).

Circa 1% der Allgemeinbevölkerung leidet unter vestibulärer Migräne. Die „**klassische Migräne**“ ist sogar weit häufiger; etwa 14% der erwachsenen Bevölkerung leidet unter Migräne (Hain 2012). Damit ist sie fast so verbreitet wie Bluthochdruck und kommt häufiger vor als Diabetes mellitus oder Asthma.

Die vestibuläre Migräne zeichnet sich durch **anfallsartig wiederkehrende Schwindelattacken** aus und muss daher gut von Morbus Menière unterschieden werden. Das heißt, den Patienten ist nicht immer schwindlig. Auf die Testung des Gleichgewichtsorgans reagieren die VM Patienten unauffällig, das heißt, ihre Vestibularfunktion ist normal. Migräneartige Kopfschmerzen können, müssen aber nicht, gleichzeitig zum Schwindel auftreten.

Der Schwindel wird durch individuelle **Trigger** ausgelöst (anders als bei Morbus Menière): helles Licht oder Lärm,

Disko-Besuche, dynamische Ballsportarten. Aber auch klassische Migräne-Trigger wie: Wetterwechsel, Hormonschwankungen, Schlafmangel, Nackenverspannungen oder Stress im allgemeinen können den Schwindel auslösen.

In der Behandlung der vestibulären Migräne erscheint eine Überprüfung der Kopfgelenke und des **Atlaswirbels** sinnvoll. Zum einen, um den Druck auf den **Vagusnerv** und die **arteria vertebralis** auszuschließen, zum anderen um die Nacken- und Schulterverspannungen zu minimieren, die durch die leicht verschobene Kopfposition entstehen, die ein nicht korrekt positionierter Atlaswirbel induziert.

Zusätzlich sollte ein gutes „**Trigger-Management**“ als Migräne-Prophylaxe durchgesprochen, sowie sogenannte „**Habituations-Übungen**“ trainiert werden. Diese Übungen (nach Heusel-Gillig 2014 & Schubert 2019) werden vorsichtig dosiert täglich über Tage und Wochen ausgeführt, wobei eine Gewöhnung, Habituation, und damit eine Verringerung der Schwindelsymptome erreicht wird. Ein weiterer Behandlungsansatz ist die **Video-Therapie** mit speziellen Videofilmen, die in den entsprechenden Kanälen bei YouTube zu finden sind (z.B. von Gabrielle Pierce).

6. Funktioneller Schwindel

Was kam zuerst, das Huhn oder das Ei?

Schwindel kann extreme **Angst** verursachen, die zu Panikattacken oder einer Depression führen kann. Diese Angstzustände oder **Depressionen** können wiederum Schwindel provozieren. Viele Patienten mit **funktionellem Schwindel** hatten vor dieser Diagnose eine organische Schwindelursache, z.B. Lagerungsschwindel oder vestibuläre Migräne. Nun haben die psychischen Komponenten das Geschehen „übernommen“ und lösen eine Art Dauerschwindel, Benommenheitsschwindel, aus, der nicht „eingebildet“ oder „übertrieben“ ist. Funktioneller Schwindel ist ein Problem der „Software nicht der Hardware“ und kann dementsprechend mit viel Geduld behandelt werden.

Als Beispiel kann man es sich so vorstellen: Schwindel ist ein Symptom, welches unser Gehirn vor Gefahren warnt; ähnlich einem Alarmsystem am Haus, das vor Einbrechern warnt. Jetzt stellen wir uns vor, die Alarmanlage wäre so empfindlich eingestellt, dass sie schon bei Insekten, die gegen das Fenster fliegen, Alarm schlägt.

Die Patienten reagieren übervorsichtig auf ihre Umgebung und potentielle „**Schwindel-Auslöser**“. Häufig berichten sie, dass sie eine „**Arzt-Odyssee**“ hinter sich haben.

Behandlung des funktionellen Schwindels

- Gute **Aufklärung** über das Beschwerdebild „funktioneller Schwindel“ und die mögliche Entstehungsgeschichte
- Kognitive **Verhaltenstherapie**, wobei der Patient trainiert, mit Gelassenheit auf den Schwindel zu reagieren. Dabei helfen das Erlernen von Entspannungs- oder Atemtechniken, wie zum Beispiel Yoga.
- **Antidepressiva** können in schweren Fällen von Depression angezeigt sein. Die Wirksamkeit auf das Schwindelgeschehen ist jedoch als gering einzustufen.
- Die **vestibuläre Rehabilitation**, also die Übungen zum Trainieren des Gleichgewichtsorgans, wird empfohlen, um gegen die Gangunsicherheit und den Schwankschwindel anzugehen und den Patienten eine „Hilfestellung und ein Trainingsprogramm“ an die Hand zu geben.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit der Erklärung der Schwindelerkrankungen und deren physiotherapeutischen Behandlungsansätzen weiterhelfen und stehe für Ihre Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mein Dank gilt dem IVRT, dem „**Institut für vestibuläre Rehabilitations Therapie**“, und dessen Leiter, Herrn Firat Kesgin, für die Ausbildung zum „**Vestibular-Therapeut**“ und die vermittelten Inhalte, die ich hier als Quellenangabe nennen möchte.



Praxis Stefan Datt

Moderne Physiotherapie
ganzheitlich · avantgardistisch

Stefan Datt

selbständiger Physiotherapeut
Atlasterapeut nach atlasreflex®
Vestibulartherapeut nach dem IVRT®
sektoraler Heilpraktiker für Physiotherapie

Weimarer Strasse 29 · 10625 Berlin-Charlottenburg
www.physio-charlottenburg.de
www.atlaskorrektur-berlin.de
www.stefan-datt.de

Aus rechtlichen Gründen muss darauf hingewiesen werden, dass in diesem Text keinerlei ‚Heilversprechen‘ gemacht werden. Bei Rückfragen oder Zweifeln bezüglich der Schwindeltherapie oder Atlaswirbelkorrektur konsultieren Sie bitte einen Arzt Ihres Vertrauens. Auch wir beraten Sie gerne, sollten bei Ihnen Fragen zu den oben genannten Behandlungsmethoden bestehen.