

Psychosomatik/Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Wolf Langewitz, Dagmar Schmid

Schwindel aus psychosomatischer Sicht

Die psychosomatische Perspektive kommt meist ins Spiel, wenn Schwindel ohne nachweisbares organisches oder funktionelles Korrelat auftritt. Diagnostisch lassen sich die so definierten Beschwerden unter die somatoformen Störungen einordnen (ICD-10 F45). Ätiologisch hilft diese Einordnung nicht weiter, da die Erklärungskonzepte somatoformer Störungen uneinheitlich sind. Diese ätiologische Unsicherheit widerspiegelt sich im Fehlen eindeutig belegter wirksamer Therapieoptionen, die medikamentöse Behandlung mit SSRI und Benzodiazepinen sowie kognitiv behaviorale Psychotherapie umfassen. Im zweiten Teil des Artikels wird an Hand von Fallbeispielen versucht, über das Konzept einer Unterscheidung leiblicher von körperlichen Phänomenen Schwindel in seinen Auswirkungen auf das leibliche Befinden von Patienten zu verstehen und daraus therapeutische Interventionen abzuleiten. Betont wird die Abhängigkeit der Inzidenz von Schwindel als ängstigendes Symptom vom Zeitgeist einer Epoche, der darüber entscheidet, welche Wahrnehmungen Krankheitswert erhalten. Schwindel als leibliche Regung kann Orientierungslosigkeit bedeuten, oder abgeleitet sein aus Zuständen des sich Verlierens in die Weite der Schläfrigkeit; beides wird an Fallbeispielen erläutert.

Zur diagnostischen Einordnung von Schwindel ohne eindeutige biologische Ursachen

Gemäß ICD-10 werden körperliche Beschwerden ohne eindeutige biologische Ursache den Somatisierungsstörungen zugerechnet (ICD-10 F45). Typisch ist, dass sich Fachperson und Patient nicht auf ein gemeinsames Erklärungskonzept einigen können, in dem neben biologischen auch andere Ursachen enthalten sein könnten. Aus der Literatur lässt sich ein eindeutiges Verständnis der Pathogenese der Somatisierung nicht ableiten, weil mehrere Erklärungskonzepte nebeneinander stehen. Es lassen sich im Prinzip folgende unterschiedliche Ansätze beschreiben:

- Die Beschwerden des Patienten sind Ausdruck innerpersönlicher Konflikte oder von ungelösten Konflikten mit anderen Menschen, die sich nicht „psychologisch“, sondern über körperliche Beschwerden manifestieren.
- Die Beschwerden des Patienten reflektieren eine ungünstig verlaufende Lerngeschichte im Umgang mit kör-

perlichen Wahrnehmungen, im Rahmen derer sie eine übermäßig große und negativ getönte Bedeutung erhalten.

Einen ganz eigenen Aspekt im Zugang zum Phänomen Schwindel stellt das Alexithymie-Konzept dar. Dieses Konzept geht davon aus, dass sich Störungen entwickeln, wenn Gefühle nicht oder ungenügend wahrgenommen und/oder kommuniziert werden können. Tatsächlich findet sich diese Auffälligkeit bei vielen Patienten mit Somatisierungsstörungen. Sie erklärt auch, warum das Gespräch mit Schwindel-Patienten von Therapeuten und Ärzten oft als mühsam erlebt wird und beide ratlos hinterlässt: es fällt schwer über Gefühle zu sprechen, häufig liegen sie für den Therapeuten auf der Hand, aber der Patient findet keinen Zugang zu ihnen.

Therapeutische Grundsätze bei Schwindel

Unabhängig von den unterschiedlichen psychosomatischen Erklärungsmodel-

len des Schwindels wäre es wünschenswert, wenn unauffällige somatische Untersuchungen nicht noch mehrfach wiederholt würden; sie bestätigen Patienten in ihren negativen und meist somatisch ausgerichteten Erklärungsmodellen. Wann immer möglich, wäre es günstig, möglichst frühzeitig die Möglichkeit einzuführen, dass psychische oder auf jeden Fall nicht somatische Faktoren als (Mit-)Ursache in Frage kommen.

Der Förderung einer aktiven Haltung des Patienten kommt eine wichtige Rolle zu, vor allem mit dem Fokus auf einer gezielten Verbesserung der Körperwahrnehmung (z.B. durch therapeutengeleitete Expositionen mit z.B. Drehstuhl, Treppensteigen, Hyperventilation, Physiotherapie, Biofeedback, Entspannungs- und Achtsamkeitsverfahren, z.B. MBSR [Mindfulness-Based Stress Reduction]). Speziell in Bezug auf den Schwindel kommt der Schulung der physiologischen Kompensationsmechanismen eines gestörten Gleichgewichtssystems (vor allem der propriozeptiven und visuellen Anteile) eine wichtige Bedeutung zu.

Es lohnt sich mit einem Patienten darüber zu sprechen, welche psychosozialen Ressourcen ihm zur Verfügung stehen. In Kenntnis seiner Möglichkeiten ist es einfacher ihn zu motivieren, sein Verhalten zu ändern und sinnlose Vorschläge werden frühzeitig als solche erkannt: eine Patientin, die nicht schwimmen kann oder aus kulturellen Gründen nicht in ein öffentliches Schwimmbad gehen darf, profitiert nicht von der wohlgemeinten Empfehlung, am „AQUAFIT“ der Volkshochschule teilzunehmen.

Vor einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Hintergrund könnte eine psychotherapeutische Intervention bei Schwindel (Einzel- oder Gruppensitzungen) folgendermaßen aussehen:

- Psychoedukation über biopsychosoziale Erklärungsmodelle, z.B. Stressinfluss auf Schwindel

- Auslösende/aufrechterhaltende Faktoren, Vermeidungsverhalten analysieren
- Beschreiben von dysfunktionalen Grundannahmen (z. B. „ich muss immer alles unter Kontrolle haben“, perfekt sein, etc.)
- Verbessern der Selbstbeobachtung/-wahrnehmung unter Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen (Situation – Körpersymptome – Gefühle – Gedanken – Verhalten)
- Kognitive Umstrukturierung, z. B. Umbewertung von Grundannahmen, Gegengedanken bilden
- Neue emotionale Erfahrungen machen
- Entspannung (Progressive Muskelrelaxation/PMR), Physiotherapie
- Therapeutengeleitetes Expositionstraining mit Reaktionsmanagement (gestuft/systematische „Desensibilisierung“; Fokus: Umgang mit Schwindel und unangenehmen Gefühlen) durch z. B. Hyperventilation, etc.
- Arbeiten an der Akzeptanz von Restsymptomen
- Rückfallprophylaxe

Die Evidenzlage für psychotherapeutische Interventionen sowie für eine begleitende Pharmakotherapie bei Schwindel ist nicht gut belegt, was unter anderem an zu kleinen Fallzahlen, sehr heterogenen Patientengruppen und insgesamt schwacher Wirkung der Interventionen liegt. Sie stützen sich vor allem auf kognitiv-verhaltenstherapeutische und Entspannungsverfahren. Eine Studie berichtet, dass bei Patienten mit Angst und chronischem Schwindel kombiniert der Einsatz eines SSRI (Fluoxetin) erfolgversprechend ist [1]. Allerdings wird „Schwindel“ auch immer wieder im Rahmen vom SSRI-Absetzsyndrom beschrieben [2]. Benzodiazepine sind allenfalls nach kritischer Indikationsstellung kurzfristig und nach Abwägung aller Risikofaktoren wie Abhängigkeit, Sturzgefahr, Tiefschlafreduktion etc. indiziert und können, wie viele andere Medi-

kamente z. B. auch Betablocker [3], ihrerseits das Symptom „Schwindel“ mit sich bringen – um den Teufelskreis zu schließen.

Insgesamt gesehen sind – wie oben ausgeführt – die klassischen ätiologischen Überlegungen und die daraus abgeleiteten therapeutischen Zugänge wenig befriedigend. Darum werden wir im Folgenden einen anderen, auf der Grundlage der Leibphilosophie von Hermann Schmitz formulierten Zugang vorstellen.

Psychosomatische Überlegungen auf der Grundlage einer Philosophie des Leibes

Es ist primär eine Aufgabe des Arztes und der Ärztin herauszufinden, ob eine Beschwerde auf eine dahinterliegende pathologische Veränderung verweist, ob sie also eigentlichen Symptom-Charakter hat. In den anderen Artikeln in diesem Heft wird diese Strategie verfolgt und die einzelnen Fachgebiete tragen aus ihrer Kompetenz mögliche pathologische Veränderungen und/oder Funktionsstörungen zusammen, die sich in Form von Schwindel bemerkbar machen könnten.

Diesem Vorgehen hat streng genommen die Psychosomatik wenig hinzuzufügen, weil ihr kein materielles Substrat zu eigen ist, das sie mit Schwindel in Verbindung bringen könnte. In diesem Abschnitt versuchen wir darzulegen, inwieweit ein phänomenologischer Zugang zum Beschwerdebild des Schwindels in Fällen hilfreich sein könnte, in denen keine wie auch immer geartete Diagnostik und keine Therapie hilfreich war.

Wir werden also in diesem Artikel teils an Hand von Beispielen und teils an Hand der Literatur die Möglichkeit aufzeigen, dass Schwindel als subjektives Phänomen ohne notwendiges materielles Substrat auf etwas verweist,

das den Betroffenen beunruhigt und ihm als etwas Fremdes erscheint, das er am eigenen Leib so nicht kennt.

Aus psychosomatischer Perspektive wäre es vielleicht angebracht darüber nachzudenken, ob manche Symptome, die Patienten und Patientinnen ihren Ärzten berichten, nicht nur Ausdruck persönlichen Leidens sind, sondern auch so etwas wie Modeströmungen repräsentieren, also den Zeitgeist in das Besprechungszimmer tragen. Aktuell sind in unserer Erfahrung folgende Störungsbilder: Erschöpfung, inkl. des übermäßigen Schlafbedürfnisses oder der Fatigue, vermindertes Leistungsvermögen, diverse Missempfindungen im Bewegungsapparat, ein Unvermögen bestimmte Bewegungsabläufe kraftvoll und flüssig ausführen zu können, etc. In diesen Beschwerden spiegelt sich wohl die Erwartung, dass jedermann, sofern er sich nur ausreichend bemüht, das Zeug zum Tennis-Profi hätte oder mit 5 Stunden Schlaf auskäme und sich 14 Stunden pro Tag konzentrieren könnte.

Vor 250 Jahren waren vage Beschwerden bereits bestens bekannt und bereits damals anscheinend herzlich unbeliebt bei denen, die sich aus beruflichen Gründen damit beschäftigen mussten:

„Sie haben wunderliche Einbildungen, als wenn sie mit Krankheiten befallen wären, von denen sie gänzlich frey sind, sie glauben, die Zufälle, darüber sie sich beklagen, wären ebenso gefährlich, als sie ihnen selbst beschwerlich sind; und oft sind sie auf diejenigen böse, die sie überführen wollen, dass sie sich irren.“ [4]

Hundert Jahre später ist die Situation nicht besser:

„Über dieses ganze Gebiet herrschte nun unter Spezialisten wie unter gewöhnlichen Praktikern eine fürchterliche und ganz wunderbare Verwirrung der Ansichten; diese funktionellen nervösen Symptome sind – um mich in Kürze auszudrücken, jedesmal unseren Händen entglitten, sooft wir versucht haben, sie

zu fassen und der Wissenschaft einzuverleiben. Daher ist es gekommen, dass Entmutigung und Abneigung und ein Geist von Skeptizismus, der die höchste Form der Leichtgläubigkeit darstellt, bei den Ärzten Platz griff und sie verleitete, das Vorhandensein solcher Symptome überhaupt zu leugnen, gerade wie sie ehemals die Existenz von Diphtherie und Heufieber geleugnet haben. Neurasthenie ist in der Tat das medizinische Zentralafrika – ein unerforschtes Land, das nur wenige betreten und dessen Schilderungen weder Glauben noch Verständnis gefunden haben.“ [5]

Mit dem Fortschritt der letzten 50 Jahre sind diesem medizinischen Zentralafrika doch einige Gegenden entrissen worden, über die wir besser Bescheid wissen als noch vor 30 Jahren. Dazu gehört an erster Stelle das Reizdarmsyndrom, bei dem sich manche Beschwerden der Patienten mit pathophysiologischen Besonderheiten der Regulation der Darmmotorik [6–8] und des Schmerzempfindens [9–10] hinterlegen lassen. Aber beim Schwindel stehen solche Befunde aus, wenn sie denn je zu finden sein werden. Die Skepsis gegenüber der Möglichkeit, jemals pathologische Abweichungen finden zu können, liegt unseres Erachtens an der ausgesprochen diffusen Natur des Schwindels als Symptom; er ist das Paradebeispiel protopathischer Beschwerden, die eher im Vagen und Dumpfen anzusiedeln sind und nicht im Spitzigen, gut Beschreibbaren epikritischer Beschwerden.

Ende des 19. Jahrhunderts war Schwindel ein häufiges Symptom, das durch unterschiedlichste Reize ausgelöst werden konnte: „optisch irisierende Reflexe, Oszillationen, bewegtes Wasser, gestreifte Oberflächen, Wolken, Nebel, Glanzlichter, Tapetenmuster, plötzlicher Übergang ins Helle; akustisch aufwühlende Klänge, die in zur Erholung genügenden Abständen monoton wiederkehren, wie gewisse Leit-

motive Richard Wagners, von denen Bonnier bis zu Zuckungen, Sensationen im Bauch und überlaufendem Schauder aufgeregt worden ist; eigentlich spürbar überlaufender Schauder bei völliger Erregung, Schmerz, Kitzel, Berührung von staubigen Stoffen oder Haaren und dergleichen, olfaktorische Blendung, die von betäubenden Düften wie Weihrauch und gewissen Parfüms ausstrahlt, und einen leichten Rausch, Erschlaffung, Halbbohnmacht mit sich bringt, und von einer Empfindung der Weitung und des Aufblühens des ganzen Seins („sensations de l'égarissement (...), d'épanouissement de tout l'être“) begleitet wird. Am anderen Ende der Variabilität des vitalen Antriebs, bei der privativen Engung schreckhaften Zusammenfahrens, kommt der Schwindel vor, der nach Bonnier durch plötzliche heftige Geräusche wie den Peitschenknall ausgelöst wird.“ [11]

Die Zeit, über die Bonnier hier berichtet, ist die Zeit der großen hysterischen Anfälle, der nervösen Leiden [12].

Wir schlagen vor, das gegenwärtig vergleichsweise seltene Auftreten von Schwindelsymptomen im Vergleich zu Schmerzen oder Wahrnehmungen, die inneren Organen zugeschrieben werden (Herzrasen, Magenbrennen, Druck auf der Leber etc.) [13] einem Selektionsprozess für „interessante und berichtenswerte Phänomene“ zuzuschreiben und nicht einem tatsächlich selteneren Auftreten entsprechender Beschwerden. Dabei folgen wir einem vor allem aus der Verhaltenstherapie bekannten Prinzip, demzufolge bewusste Aufmerksamkeit vor allem den Wahrnehmungen zuteil wird, die aus irgendeinem Grund besonders beunruhigend oder zumindest interessant sind [14]. Was interessant und beunruhigend ist, darüber entscheiden keine objektiven Kriterien, sondern „Bedeutungs-erteilende Konzepte“ [15], deren Quellen vor allem Berichte in der Laienpresse oder das Internet sind. Die

Relevanz von Wahrnehmungen lässt sich einfach manipulieren, wie ein wiederum aus der Verhaltenstherapie funktioneller Störungen bekannter Versuch zeigt: Man fragt einen Patienten – oder sich selber – wie häufig man an diesem Tag schon geschluckt hätte, und wird feststellen, dass man das in der Regel nicht weiß, kann sich aber darauf einigen, dass es wahrscheinlich mehrmals pro Minute geschieht. Dann bittet man den Patienten, mit geschlossenen Augen zu schlucken und darauf zu achten, was er selber dabei wahrnimmt. Meist sind die Geräusche, die gehört werden, deutlich wahrnehmbar und man fragt sich, wie es möglich war, diesen Lärm zu überhören. Hier kommt die Rede von der Verschiebung der Aufmerksamkeit ins Spiel, die die Phänomene selektioniert, die bewusst wahrgenommen, also aus dem Strom möglicher aus dem Körper stammender Wahrnehmungen hervorgehoben werden. Von dort aus ist es ein kleiner Schritt zur Wahrnehmung von Schwindelphänomenen, die bei genauem „Hin-Fühlen“ erstaunlich häufig sind: Patienten könnten auf Schwindelgefühle achten, die nach schnellen Kopfbewegungen, beim Aufstehen, bei forcierter Ein- und Ausatmung entstehen und darauf achten, wie sie langsam wieder aus Wahrnehmung verschwinden. Eine Möglichkeit der ätiologischen Klärung – und der sich daraus ergebenden therapeutischen Beeinflussung – könnte also darin bestehen, dass Schwindel als physiologisches Begleitphänomen alltäglicher Verrichtungen dargestellt und für den Patienten erlebbar wird, dessen subjektiv störende Bedeutung sich nicht aus seinem Vorhandensein an sich ergibt, sondern aus der besonderen und beunruhigenden Bedeutung, die der Patient ihm zumisst; diese erhöht die Chance seiner Wahrnehmung und führt in einen Teufelskreis aus Wahrnehmen, Erschrecken, gerichteter Aufmerksamkeit, immer

genauer Wahrnehmen, etc. Bei diesen Überlegungen wird Schwindel als ein rein körperliches Phänomen angesehen, dessen Ursachen in Stimulationen der Bogengänge oder in Kreislaufveränderungen zu finden sind, die über prinzipiell bekannte und lokalisierbare Mechanismen subjektive Wahrnehmungen auslösen. Dieser Zuschreibung zu körperlichen Phänomenen lässt sich eine andere Zuschreibung gegenüberstellen, bei denen leibliche Phänomene in Betracht gezogen werden. In der Definition der Neuen Phänomenologie ist leiblich, was wir in der Gegend unseres Körpers ohne Zuhilfenahme der Sinne, insbesondere des Tastsinnes und des Sehens spüren [16].

Die Rede von den leiblichen Phänomenen ist nicht gleichbedeutend mit einer Leugnung körperlicher Vorgänge, sie stellt allerdings keine 1:1 Beziehung zwischen den subjektiv „am eigenen Leib“ erfahrbaren Veränderungen und den ihnen möglicherweise zugrundeliegenden körperlichen Vorgängen her. Im Zusammenhang mit dem Schwindel stellt sich die Frage, ob er „den ganzen Leib erfasst“, so wie Gretchen im Faust von einem Schauer ergriffen wird (Mir läuft ein Schauer über'n ganzen Leib... J. W. von Goethe, Faust I, Gretchens Zimmer,...), als sie spürt, dass etwas Fremdes sich in ihrer Kammer aufgehalten hat, oder ob der Schwindel auf eine bestimmte Region des gespürten Leibes beschränkt ist. Nach unserer Erfahrung werden Schwindelsensationen umso mehr als ganzleibliche Regungen beschrieben, je mehr sie so etwas wie ein Lebensgefühl anzeigen. Die Worte eines überraschten Lottogewinners „Halt' mich fest! Das gibt's ja gar nicht!“ zeigen Taumel vor Glück an, und dieser Schwindel ist nicht primär im Bereich der Stirn besonders deutlich spürbar, sondern erfasst den Glücklichen „am ganzen Leib“. Die interessante Frage ist, warum der prototypische Lottogewinner

nicht glaubt, dass er ein kardiales oder neurologisches oder HNO-Problem hat? Am ehesten, weil er keine katastrophale Interpretation seiner Wahrnehmung ins Spiel bringt, sondern getrost darauf warten kann, dass sich der Schwindel legt und sich seine Aufmerksamkeit auf angenehmere Probleme richten wird („Welches Auto kaufen wir jetzt?“). Wenn man versucht, Schwindel als ein leibliches Phänomen zu erklären, muss man Begriffe einführen, mit denen sich leibliche Phänomene beschreiben lassen. In der Neuen Phänomenologie, deren Grundlagen von Hermann Schmitz (*1928) in einem System der Philosophie [17] vorgelegt wurde, werden die Kriterien leiblicher Phänomene aus dem jedermann zugänglichen Erleben im Alltag heraus entwickelt. Zunächst werden zwei Extrempole definiert, zwischen denen sich leibliches Geschehen abspielt: das eine ist der Engepol, an den eine Person im plötzlichen schreckhaften Zusammenfahren, z.B. bei einem unverhofften Schritt ins Leere, gerät, und das andere der Weitepol, wenn in wohligerem Dösen die Verbindungen zur Welt um uns herum sich langsam aufzulösen beginnen. Leibliches Geschehen ist nie ganz am Engepol oder am Weitepol lokalisiert, denn wer sich „zu Tode erschreckt“, kann in diesem Moment keine Auskunft geben über das, was ihm geschieht, sondern erst dann darüber berichten, wenn er von diesem Moment ein kleines Bisschen Abstand genommen hat, sich also wieder ein wenig in Richtung auf den Weitepol hin bewegt hat. Gleichermaßen ist der Mensch, der sich ganz am Weitepol befindet, nicht mehr rechenfähig, sondern vom wohligen Dösen in den Schlaf hinübergewechselt, in dem der Kontakt zum Engepol verloren gegangen ist. Diese Definitionen helfen zu verstehen, warum Schwindel bei manchen Patienten zu verstehen ist als der Moment, in dem sie sich in ihrem leiblichen Befin-

den nah am Weitepol befinden, vielleicht kurz vor dem Abreißen der Verbindung zum Engepol und damit dem Verlust des Bewusstseins, nicht als Synkope verstanden, sondern als Wegdämmern.

Klinische Beispiele

Fall 1

Eine 46-jährige Patientin kommt primär wegen seit 18 Jahren bestehender heftiger Schmerzen im Unterbauch, die bisher der Blase zugeordnet und mehrfach auf Körperebene (endoskopisch, radiologisch, etc.) abgeklärt wurden, ohne fassbares Ergebnis. Auffallend an den Berichten von heftigen Schmerzen ist eine abgründige Angst, in der sie im eigenen Erleben sich zu verlieren droht, ohne Halt, im freien Fall. Dies klingt aus leiblicher Perspektive wie die Angst vor dem Moment des Einschlafens oder anderer Momente anhaltender Nähe zum Weitepol. Auf die Frage, wie sie das Einschlafen jetzt erlebt oder als Kind erlebt hätte, erinnert sie sich lebhaft an ihre Angst vorm Zubettgehen; sie sei als Kind so lange durch die Wohnung gelaufen, bis sie hoffte so müde zu sein, dass sie sofort einschlafen würde. Besonders schrecklich sind ihr kindliche Fieberträume in Erinnerung, in denen sie über Stunden die Orientierung verloren hätte, aber zu erschöpft war, um sich durch Konzentration auf irgendetwas aus dem Strudel retten zu können. Unter dem Stichwort der Orientierungslosigkeit ergab sich der Zugang zu einer weiteren biographischen Besonderheit in ihrem Leben: sie hatte im Alter von 9 Jahren durch einen Unfall ihre große Schwester und ihre Großmutter verloren und erinnert sich lebhaft an das gemeinsame Warten mit ihren Eltern, als die Schwester nicht nach Hause kam, sich langsam Sorgen und schließlich Angst ausbreitete, bis der Vater losging und sich auf

die Suche nach der Schwester machte. In diesem Beispiel ist Schwindel zu verstehen als Verlust an stabiler Orientierung, vielleicht zuerst erlebt an den Eltern, die in zunehmender Panik auf Nachricht von der Schwester warten und dann am eigenen Leib über den Verlust des bis zum Unfall gültigen Beziehungsrahmens. Dieser Schwindel macht den Schmerz unaushaltbar und verknüpft ihn mit panischer Angst davor sich zu verlieren – wie wir aus leiblicher Perspektive sagen könnten: sich im Weitepol zu verlieren. Ähnliche Berichte kennen wir von Gewaltopfern, Menschen, die als Kinder missbraucht wurden, Folteropfern und überhaupt traumatisierten Menschen, die das Vertrauen, sich in Morpheus' Arme sinken zu lassen, verloren haben.

Fall 2

Ein anderes Beispiel zeigt unseres Erachtens, dass es sich lohnt, mit leiblichen Begriffen präzise zu untersuchen, was Menschen in Momenten des Schwindels oder bei seiner Entstehung erlebt haben. Es handelt sich um einen 80-jährigen Patienten, der unter „seltsamem Schwindel“ leidet, der ihn im letzten Monat mehrfach veranlasst hat, Lehrveranstaltungen oder soziale Ereignisse zu verlassen, weil er sich unsicher fühlte. Dieser Schwindel sei immer vergesellschaftet mit einem Druckgefühl, das bandförmig den Kopf umschließt. Er selber führte seine Beschwerden auf einen Ausflug mit seinem Vater als 4-Jähriger zurück. Er sei mit ihm 1934 auf die ...burg gestiegen und habe dort durch die Lücken in der Begrenzungsmauer hindurch angesichts der plötzlichen Weite der Landschaft entsetzlich schreien müssen vor Angst. Der Vater habe ihn den ganzen Weg nach Hause zurück tragen müssen. Das sei sein erster Höhengwindel gewesen. Diese erste Schwindel- und Angstattacke liesse sich in leibphänomenologischen Begriffen erklären mit

dem Verlust des vertrauten und überschaubaren Raumes, durch den sich das Kind bis zu diesem Ereignis bewegt hatte, also ein Sich-Verlieren in einer Weite, die keine Orientierung mehr erlaubt, der sich heftig einfahrend die Enge der panischen Angst entgegenstellt. Diese Hypothese war allerdings zur Erklärung seiner jetzigen Beschwerden wenig hilfreich, weil es lange Perioden in seinem Leben gab, in denen er auch in großen Höhen keinen Schwindel mehr empfunden hatte, auslösende Situationen für ein Wiederaufklackern der alten Problematik waren nicht auszumachen. In der 4. Stunde versuchte er, den Schwindel und den unangenehmen Druck willentlich wachzurufen und in seiner Vorstellung zu intensivieren. Dies gelang ihm und er berichtete, dass er in diesem Zustand fokussierter Aufmerksamkeit einen Lift bedient hätte. Unten im Lift habe er den Schwindel und den Druck um den Kopf intensiv empfunden, er habe sich eingeengt, zusammengedrückt gefühlt. Je höher hinauf der Lift stieg, desto weniger Druck und Schwindel habe er empfunden, desto heller sei das Licht geworden. Auf höchstem Niveau habe er eine angenehme Weite gespürt, und dieses Gefühl begleite ihn noch jetzt. Hier stellt sich also der aktuelle Schwindel des Patienten eher als etwas dar, was durch die Höhe, das Weiten der Brust und den imaginierten Blick in die Ferne vermindert wird – der Schwindel ist also nicht wie in der Kindheit das Resultat bedrohlicher Weite, sondern im Gegenteil das Resultat bedrückender Enge.

Für diese Fallgeschichten gibt es selbstverständlich keine Evidenz-basierte Therapie. Sie belegen aber, dass es gelingt über einen andersartigen Zugang zu den Beschwerden des Patienten die Tiefendimension seiner Symptome in einem gemeinsamen Lernprozess zu erarbeiten und in einem gewissen Umfang zu verstehen. Bei den hier vor-

gestellten Patienten hat dies dazu geführt, dass sie ihre Suchstrategie nach Ursachen des Schwindels nicht weiter auf somatische Methoden ausgerichtet haben, sondern sich für eine weiterführende Psychotherapie (1. Beispiel) entschieden, oder aber den Rest-Schwindel in ihr Leben integrieren konnten (2. Beispiel). Die phänomenologische Betrachtung und Begriffsbildung erweitert also das Spektrum dessen, worüber sich reden lässt; dies sollte auch den Patienten helfen, die auf Grund einer Alexithymie Mühe haben, explizit Gefühle anzusprechen. In den Beispielen ging es eben nicht um eigentliche Emotionen, sondern um das, was diese Patienten „in der Gegend des eigenen Körpers von sich wahrnehmen konnten“, also um leibliche Phänomene.

Dizziness from a psychosomatic perspective

A psychosomatic perspective comes into play when dizziness occurs without evidence of organic dysfunction. Such complaints are typically listed among the somatoform disorders (ICD-10 F45). This categorisation however, does not clarify the etiology of these complaints, because there is no uniformly accepted model for causative mechanisms. This etiological uncertainty is also reflected in the lack of well-established and effective therapeutic modalities; interventions that comprise SSRI, benzodiazepines, and cognitive behavioural psychotherapy have not yielded significant benefits. In the second part of this article case vignettes will be used to illustrate the validity of differentiating between the corporeal body (Körper) and the felt body (Leib) in order to understand the complaints in the individual and to

develop therapeutic interventions. The article emphasises the mutual influence of the Zeitgeist and the decision process that renders some bodily sensations as potentially dangerous, indicating disease. Dizziness as a phenomenon of the lived or felt body (Leib) could mean loss of orientation, or could arise from a state of sleepiness when a person is about to lose contact with his or her felt body.

Literatur

1. Simon, NM, Parker, SW, Wernick-Robinson, M, Oppenheimer, JE, Hoge, EA, Woington, J et al. Fluoxetine for vestibular dysfunction and anxiety: a prospective pilot study. *Psychosomatics*, 2005; 46: 334 – 339.
2. Smith, PF, & Darlington CL. A possible explanation for dizziness following SSRI discontinuation. *Acta Otolaryngol* 2010; 130: 981 – 983.
3. Kalra, PR, Morley, C, Barnes, S, Mennown, I, Kassianos, G, Padmanabhan, S et al. Discontinuation of beta-blockers in cardiovascular disease: UK primary care cohort study. *Int J Cardiol* (2012).
4. Whytt, R. *Beobachtungen über die Natur, Ursachen und Heilung der Krankheiten, die man gemeiniglich Nerven-, hypochondrische- und hysterische Zufälle nennet* (2 ed.). 1766, Leipzig.
5. Beard, GM. Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Mit einem Anhang: Die Seekrankheit und der Gebrauch der Brommittel, übersetzt und bearbeitet von Dr. M. Neisser. 1883; Leipzig: Vogel, 2. vermehrte deutsche Auflage.
6. Blackshaw, LA, Brookes, SJ, Grundy, D, & Schemann, M. Sensory transmission in the gastrointestinal tract. *Neurogastroenterol Motil*, 2007 (1 Suppl), 1 – 19.
7. Furness, JB. The enteric nervous system: normal functions and enteric neuropathies. *Neurogastroenterol Motil*, 2008; Suppl 1, 32 – 38.
8. Spiller, R, & Grundy, D. (Eds.). *Pathophysiology of the Enteric Nervous System: a basis for understanding functional diseases*. 2004. Boston: Wiley-Blackwell.
9. Faure, C, & Wieckowska, A. Somatic referral of visceral sensations and rectal sensory threshold for pain in children with functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr* 2007; 150: 66 – 71.
10. Munakata, J, Naliboff, B, Harraf, F, Kodner, A, Lembo, T, Chang, L et al. Repetitive sigmoid stimulation induces rectal hyperalgesia in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997; 112: 55 – 63.
11. Bonnier, P. (1893). *Vertige*. Paris (zitiert nach Hermann Schmitz, *Der Leib*, De Gruyter 2011, S. 113 f.).
12. Steiner, A. *Das nervöse Zeitalter. Der Begriff der Nervosität bei Laien und Ärzten in Deutschland und Österreich um 1900*. 1964, Zürich: Juris-Verlag.
13. Hiller, W, Rief, W, & Brahl, E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 4: 704 – 712.
14. Penneba. JW. *The psychology of physical symptoms*. 1982. New York: Springer-Verlag.
15. Langewitz, W. *A theory of psychosomatic medicine: An attempt at an explanatory summary*. *Semiotica*, 2009; 173: 431 – 452.
16. Schmitz H. *Der Leib*. 2011. Berlin: de Gruyter.
17. Schmitz H. *System der Philosophie* (3 ed.). 1998. Bonn: Bouvier Verlag.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz
 Psychosomatik – Innere Medizin
 Universitätsspital Basel
 Helbelstraße 21
 4031 Basel
 wlangewitz@uhbs.ch