

HNO

<https://doi.org/10.1007/s00106-025-01685-2>

Eingegangen: 22. August 2025

Angenommen: 16. Oktober 2025

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2025



Somatopsychische (Begleit-)Erkrankungen bei an M. Menière Erkrankten: Angst – Depressionen – psychogener Schwindel

Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Dr. Hesse am Krankenhaus Bad Arolsen, Bad Arolsen, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Klinische Beschreibung**
- **Angst und Depression**
Psychische Komorbidität • Neurosenkonzept • HNO-relevante Aspekte
- **Diagnostik**
Gesundheitsfragebogen PHQ-D
- **Therapie**
Aufklärung I • Vorbereitung auf ein mögliches Schwindelereignis • Aufklärung II • Psychotherapeutische Unterstützung • Stationäre Behandlung

Zusammenfassung

Hintergrund: Der M. Menière geht überdurchschnittlich häufig mit psychogenen Begleiterkrankungen wie Angst und Depressionen und einem – die Anfälle überdauernden – Schwindel im Sinne von „persistent postural perceptual dizziness“ (PPPD) und des reaktiven psychogenen Schwindels einher.
Material und Methode: Vorgestellt und diskutiert werden die aktuellen Metaanalysen zu Angst und Depressionen und Konsequenzen für die HNO-Heilkunde.
Ziel: Ziel ist es, für die psychogene Komorbidität zu sensibilisieren und hilfreiche Umgangsweisen sowohl in der Diagnostik wie der Therapie anzuregen.

Schlüsselwörter

Psychosomatische Erkrankungen • Psychische Komorbidität • Psychischer Stress • Vulnerable Populationen • Vertigo

Klinische Beschreibung

„Ein kräftiger, junger Mann wird – ohne erkennbaren Grund – plötzlich – von Schwindel und Übelkeit befallen und erbricht. Sein Gesicht ist blass und von Schweiß bedeckt... Es droht eine Ohnmacht, der Körper bedeckt sich mit kaltem Schweiß und alles deutet auf eine tiefe Angst hin“ [7].

Dieser Auszug aus dem Originalbeitrag Menières zu einem Schwindelgeschehen, das später mit seinem Namen klassifiziert werden sollte, könnte auch eine Angst- und Panikattacke beschreiben. Hier aber wurde nicht nur der HNO-Aspekt beschrieben, sondern auch die begleitende Angst, die vor allem bei einer unvorhersehbaren und wiederholten Schwindelerkrankung wie dem M. Menière, aber auch der vestibulären Migräne oder einem nicht behandelten benignen paroxysmalen Lage-rungsschwindel (BPLS) den organisch ausgelösten Schwindel überdauern und zu-

dem zu depressiven Entwicklungen führen kann (Abb. 1).

So weisen Patienten mit wiederholten Schwindelanfällen vermehrt Angst- und Depressionserkrankungen auf [9, 20, 21]. Zudem ist der M. Menière ein Beispiel dafür, wie sich aus einem organischen Schwindelgeschehen eine überdauernde und reaktiv psychogene Schwindelkomponente entwickeln kann, wie sie international als „persistent postural perceptual dizziness“ (PPPD) klassifiziert wird [17].

Dann schildern die Betroffenen ihre Not z.B. wie folgt: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, hätte ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun „Menière-Tage“. In der Regel sind es dann die beim organisch bedingten Schwindel erlebten *vegetativen Begleitreaktionen* und die oft heftigen *Angstgefühle*, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung eines reaktiven psychogenen Schwindels dienen. Das



QR-Code scannen & Beitrag online lesen



Abb. 1 ▲ Bild eines von M. Menière Betroffenen. (© H. Schaaf)

Phänomen der Reizgeneralisierung stellt einen weiteren Mechanismus dar, der für die Ausweitung psychophysiologischer Störungen infrage kommt [4, 11, 16].

» Die Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels ist kein zwangsläufiger Prozess

Aber Achtung: die Entwicklung einer Angst- oder Depressionserkrankung oder eines reaktiv psychogenen Schwindels ist kein zwangsläufiger Prozess. Es gibt prädisponierende und protektive Faktoren.

Viele Patienten mit M. Menière weisen weder eine klinisch bedeutende Angst- noch eine behandlungsbedürftige Depressionserkrankung auf [10]. Auch spielt die Krankheitsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung eine wichtige Rolle. So zeigten Tyrrell et al. [19], dass die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden bei Menière-Patienten eine deutliche Korrelation zur Dauer der Erkrankung zeigen. Dabei schnitten Patienten mit einer länger bestehenden M.-Menière-Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit Kurzem bestehenden Problematik. Sowohl Verarbeitungsmöglichkeiten wie das Maß der Aufklärung, die medizinische und soziale Unterstützung scheinen entscheidend, wie sich die psychische An-

passung an die und mit der Erkrankung entwickelt.

Da das Symptom Schwindel immer eine organische und eine psychische Komponente hat, kann das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung auch über Behandlungserfolge entscheiden. So fanden Yokota et al. 2016 deutlich bessere Ergebnisse bei Menière-Patienten ohne psychische Beeinträchtigungen als bei Betroffenen mit Angst oder Depressionen [22]. Umgekehrt kann eine erfolgreiche Maßnahme, wie eine Neurektomie des N. vestibularis ohne chirurgische Komplikationen, auch die Angst vor weiteren Anfällen mindern [8]. Es gibt allerdings bis jetzt dazu keine kontrollierten Studien.

Angst und Depression

Psychische Komorbidität

In den (meisten) Publikationen wird die Angst- und Depressionskomponente in aller Regel im Sinne einer Komorbidität erfasst. Unter „Komorbidität“ werden Begleiterkrankungen verstanden, die „neben“ der eigentlichen Hauptdiagnose zu finden sind. Dabei wird auf die Herstellung oder Vermutung eines Zusammenhangs verzichtet, also etwa, ob Angst den M. Menière verursacht oder die Angst als Folge der Erkrankung verstanden werden kann (ausführlicher dazu s. [11, 19]).

So kann etwa die neueste Metaanalyse von Yeo et al. (2025) zwar das Ziel haben, die „publizierten Erkenntnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem M. Menière und Depressionen und Ängsten zu überprüfen“, realistisch gesehen wird aber (nur) das gleichzeitige Auftreten und die Abweichung von nicht von M. Menière betroffenen Studienteilnehmern untersucht [21].

Einschließen konnten Yeo et al. (2025) dafür 35 Beobachtungsstudien mit 15.890 Untersuchten. Als Prävalenz von Depressionen und Angstzuständen bei Patienten mit M. Menière ermittelten sie 34 bzw. 23%. Im Vergleich zu Kontrollpersonen wiesen M.-Menière-Patienten signifikant höhere Werte bei der Bewertung von Depressionen und Ängsten auf [21]. Patel et al. (2020) ermittelten auf der Grundlage von 15 Studien aus 8 verschiedenen

Ländern mit 6587 Menière-Patienten gar einen Depressionsanteil von 45,9% [9].

Zum Vergleich beträgt nach Angaben des AOK-Gesundheitsatlases die Prävalenz von Angsterkrankungen für das Jahr 2023 in Deutschland 5% und von Depressionserkrankungen 12% [2].

Einen Schritt weiter gingen Wu et al. 2024, die auf der Grundlage der Daten von genomweiten Assoziationsstudien für Angst, Depression, Neurotizismus und M. Menière mit 357.957 Teilnehmern in einer bidirektionalen Mendel-Randomisierungsanalyse mit 2 Stichproben den Zusammenhang zwischen Angst, Depression, Neurotizismus und M. Menière untersuchten [20].

Die „Mendel-Randomisierung“ wird zur Auswertung genetischer und epidemiologischer Daten angewendet. Der Begriff leitet sich von der Unabhängigkeitsregel Gregor Mendels ab. Diese besagt, dass 2 Merkmale unabhängig voneinander und unabhängig von äußeren Faktoren vererbt werden, und dass die Verteilung der Allele von Mutter und Vater zufällig erfolgt. Diese zufällige Verteilung kann genutzt werden, um ein Randomisierungsschema in epidemiologische Datensätze analog zu einer randomisierten Studie einzuführen.

» Angst und Depression sind keine Ursachen für M. Menière

Sie schlossen, dass Angst und Depression keine Ursachen für M. Menière sind und dass M. Menière auch keine Angst, Depression oder Anstieg des Neurotizismus-Summenwerts nach sich zieht. Hingegen wurde ein erhöhter Neurotizismus-Summenwert als ein Faktor bei Angst, Depressionen und bei M. Menière festgestellt. Ihre Schlussfolgerung ist, dass psychogene Faktoren, die über „Neurotizismus“ erfasst werden, bei der Ausprägung psychischer Erkrankungen eine messbare Rolle spielen [20].

Neurosenkonzept

Neurosen haben keinen guten Ruf und sind in aller Regel mit Mangel und Makel konnotiert. Nach psychodynamischem Verständnis können Neurosen entstehen bei dem Versuch, unerträgliche Gefühle von (innerlicher!) Angst, Unlust und

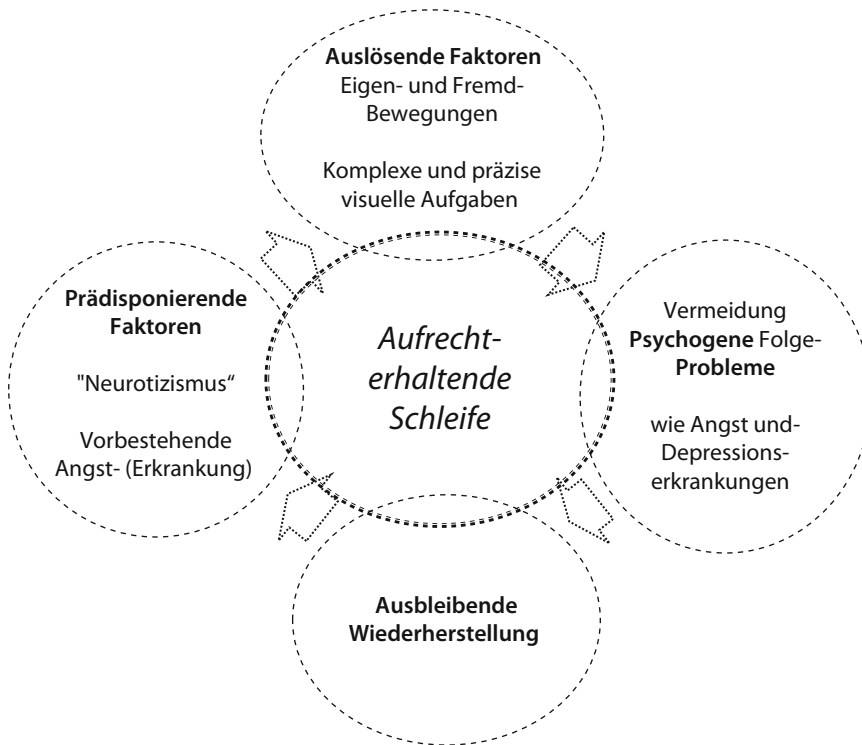


Abb. 2 ▲ Aufrechterhaltende Schleife von prädisponierenden Faktoren und psychischen Einschränkungen bei der Entwicklung von Angst und Depressionserkrankungen und der ausbleibenden Wiederherstellung des Gleichgewichts nach Schwindelereignissen in Anlehnung an die Arbeiten von Staab ([17] zur „persistent postural perceptual dizziness“ [PPPD]). (Ausführlicher in [11, 12])

Schmerz, etwa durch einen innerseelischen oder einen zwischenmenschlichen Konflikt, zu vermeiden. In kognitiv-behavioralen Ansätzen werden Neurosen als fehlangepasste und erlernte Verhaltens- und Einstellungsmuster beschrieben, die etwa auf der Grundlage von *Vulnerabilität* und Stress entstehen. Dabei muss ein neurotisches Verhalten nicht unbedingt einen Krankheitswert haben [14]. Positiv kann man Neurosen formulieren als einen eingeübten, aber eben auch verfestigten Umgang mit dem existenziellen Thema der Angst. Werden die individuellen Möglichkeiten überschritten, etwa bei einer wiederholten Schwindelerkrankung, kann es zu einer Entwicklung kommen, die testdiagnostisch als „Neurotizismus“ erfasst werden kann, einschließlich deren Subclustern. Watzlawick hat die Neurose als einen Versuch bezeichnet, „mit immer mehr vom Selben etwas zu bewältigen, was qualitativ einer anderen Lösung bedarf“ [23].

Wu et al. 2024 [20] fanden, dass bei Patienten mit M. Menière gehäuft 5 Subcluster von Neurotizismus ermittelt wurden:

- sich oft einsam fühlen,
- schwankende Stimmung aufweisen,
- sich oft genervt fühlen,
- in seinen Gefühlen leicht verletzbar sein,
- Empfindlichkeit gegenüber Umweltstress und Widrigkeiten.

» Hohe Angstlevel vergrößern die Haltungsinstabilität während einer akuten vestibulären Krise

Dies unterstützt die Arbeiten von Staab 2020 zum Krankheitsbild „persistent postural perceptual dizziness“ (PPPD), die versuchen, die gegenseitige Beeinflussung der neuronalen Verbindungen zwischen dem Angst- und Gleichgewichtssystem zu erklären [17]. Als wesentlichen Faktor für psychische Folgeprobleme benennt Staab (2020) das Angstsystem, das (unbewusst) die Balance beeinflussen kann, abhängig auch vom Ausmaß der Angst beim Beginn der Erkrankung. So vergrößern hohe Angstlevel die Haltungsinstabilität während einer akuten vestibulären Krise und

hemmen die Habituation auch bei einer organischen Erholung ([17]; ■ Abb. 2).

HNO-relevante Aspekte

Kirby und Yardley (2009) fanden als Hauptfaktor für anhaltende Angst bei Menière-Patienten die Unvorhersehbarkeit des Anfallsgeschehens [5]. Dabei spielen auch die empfundene Peinlichkeit (Scham), von anderen im eigenen Elend beobachtet zu werden, sowie das Gefühl, gehandicapt zu sein, eine wichtige Rolle, über die Betroffene unaufgefordert ungern sprechen [3].

Eckhardt-Henn und Dieterich (2009) konnten in einer prospektiven Längsschnittstudie über ein Jahr zeigen, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung wesentlich zur Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels beiträgt. Dabei hatte das Ausmaß der organischen Störung keinen Einfluss [4].

Sie konnten zudem herausarbeiten, dass Angst und Depressionen wahrscheinlicher werden, je geringer die Überzeugung bleibt, das eigene Leben selbst steuern zu können. Dies hängt auch von der erfahrenen oder eben nicht erfahrenen, auch therapeutischen Hilfestellung ab [4]. Nicht zuletzt ist die Vermeidung von Aktivitäten, die weiter möglich und nötig sind, um wieder auf die Beine zu kommen, sowohl Ausdruck von Angst und depressiver Entwicklung als auch deren Begünstigung [4, 15].

Diagnostik

Angeichts der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankung beim M. Menière ist es auch im Rahmen der HNO-Heilkunde geboten, diese Komponente zumindest im Auge zu behalten. Hilfreich könnte dabei das Verständnis sein, wie es um einen selbst geschehen wäre, müsste er oder sie ohne Ankündigung mit einem Schwindel rechnen, würde sich und andere in der Berufsausübung gefährden, dürfte nicht mehr Auto fahren und wäre zumindest hinsichtlich des Richtungshörens eingeschränkt. Dann kann diese Komponente auch bedacht werden, ohne sie schuldhaft zu verstehen oder mitzuteilen „Sie haben nichts (HNO-Mäßiges), das muss psychisch bedingt sein.“ Dies könnte auch bei der Ein-

schätzung nützlich sein, ob jemand seine Not – unbewusst aggravierend – oder bewusst simulierend schildert.

Dann kann eine Frage weiterhelfen: *„Erklären die aktuellen medizinischen Befunde allein ausreichend den jetzigen Status?“*

Gesundheitsfragebogen PHQ-D

Will man sich der Testdiagnostik bedienen und diese auswerten, können 2-mal 2 kurze Fragen (aus dem kostenlos herunterladbaren „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ von Löwe et al. (2002)) auf die Möglichkeit einer Depressions- oder Angsterkrankung hinweisen [6].

» Der Gesundheitsfragebogen PHQ-D besteht aus 2 × 2 kurzen Fragen

Der Gesundheitsfragebogen PHQ-D besteht aus 2 × 2 kurzen Fragen.

Zur Depressionseinschätzung wird erfragt:

- Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch Interessens- und Freudeverlust beeinträchtigt gefühlt?
- Wie oft haben Sie sich durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt?

Die Antwortmöglichkeiten sind

- „überhaupt nicht“ (0 Punkte)
- „an einigen Tagen“ (1 Punkt)
- „an mehr als der Hälfte der Tage“ (2 Punkte)
- „fast jeden Tag“ (3 Punkte)

Die Punkte für beide Fragen werden zusammengezogen, sodass Werte von 0 bis 6 entstehen. Bei einem Wert ab 3 ist eine deutliche Depression wahrscheinlich.

Die Erfassung von Angststörungen kann – orientierend – anhand von 2 Fragen erfolgen:

- Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt:
 - Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung?
 - Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren?

Die Antwortmöglichkeiten sind:

- „überhaupt nicht“
- „an einigen Tagen“
- „an mehr als der Hälfte der Tage“
- „beinahe jeden Tag“

Wiedersind die Zahlenwerte entsprechend von 0 bis 3 zugeordnet. Bei einem Wert ab 3 ist eine beeinträchtigende Angststörung wahrscheinlich.

Therapie

Keine Angst: Menière-Patienten erwarten beim HNO-Arzt keine Psychotherapie, sondern eine Abklärung der Organik, wenn möglich verbunden mit einer weitestgehend gesicherten Hilfestellung für den organischen Anteil. Eine Dauermedikation mit Medikamenten ohne gesicherte Evidenz für eine anfallsprophylaktische Wirkung [1] oder mit einem zentral hemmenden Medikament und zudem antihistaminergen oder anticholinergen Nebenwirkungen wie Dimenhydrinat ist sicher nicht indiziert, auch weil enttäuschte Hoffnungen selbst eine ernsthafte Nebenwirkung sind.

Aufklärung I

Die aus der Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit der Schwindelattacken gespeiste Angst kann nach unserer Erfahrung angegangen werden durch ein möglichst gutes Verständnis der Erkrankung und ihrer Auslöser. Wichtig ist dabei zu vermitteln, dass der M. Menière keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose ist, sondern eine gutartige Erkrankung, bei der symptomatisch geholfen werden kann, ggf. auch mit Ausschaltung des peripheren „Schwindelorgans“. Eine Möglichkeit der hilfreichen Gesprächsführung ist andernorts ausführlich dargestellt [12, 13]. Da die Möglichkeiten der Kassenmedizin oft an ihre (Zeit-)Grenzen kommen, kann auch ein „Info-Blatt“ mitgegeben werden, z. B. [www.drhschaaf.de/InfoblattMeniere2022.pdf] und es sollte auf die Selbsthilfe der KIMM e.V. (Kontakte und Informationen für Morbus Menière) und der DTL (Deutsche Tinnitus-Liga e.V.) hingewiesen werden.

Vorbereitung auf ein mögliches Schwindelereignis

Es ist sinnvoll, Menière-Betroffene in die Lage zu versetzen, sich selbst auf einen möglichen Anfall vorzubereiten. Dazu werden benötigt:

1. Zäpfchen und Tabletten gegen die Übelkeit z. B. Dimenhydrinat-Supp., bei „verlässlichen“ Patienten auch Tavor Expidet,
2. eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt,
3. ein Handy, um ggf. Hilfe anzufordern und Nystagmen filmen zu lassen.

Das Filmen ist einerseits wichtig, um die Diagnose zu erhärten, andererseits aber auch, um im Verlauf den möglichen Übergang in einen psychogenen Schwindel zu erkennen. Das muss aber im anfallsfreien Intervall eingeübt werden (Anleitung unter: <https://drhschaaf.de/SchwindelAkutDiagnostik.pdf>) [14].

Zudem kann meist eine „Hörtest-App“ installiert werden. So kann auch das Hörvermögen während oder kurz nach dem Anfall überprüft werden.

Aufklärung II

Es ist für Betroffene schon schwer genug, einen somatisch ausgelösten Schwindel zu verstehen und zu bewältigen. Es wird nicht leichter, wenn zusätzliche Faktoren hinzukommen. Hilfreich für die Patienten ist es dann, Anhaltspunkte zu haben, zwischen dem organischen Anfallsgeschehen und einem eher psychogenen Schwindelerleben unterscheiden zu können.

» Hilfreich ist es, zwischen organischem und psychogenem Schwindelerleben unterscheiden zu können

Eine Möglichkeit dafür ist, bei Schwindelgefühlen aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen lässt. Da auch bei Menière-Patienten organische Anfälle selten sind, verbessert eine solche Überprüfung oft die Angst bei den häufigeren psychogenen Empfindungen (■ Tab. 1). Günstig ist, den Verlauf

Tab. 1 Anhaltspunkte für den Betroffenen zur Unterscheidung zwischen psychogenem Schwindel gegen einen innenohrbedingten Schwindel		
	Vestibulär bedingter Schwindel	Psychogener Schwindelzustand
<i>Fixieren eines festen Gegenstands</i>	Nicht möglich	Möglich
<i>Heftiges Auftreten</i>	Nicht möglich oder nicht hilfreich	Bessert das Schwindelerleben und führt zu mehr Standfestigkeit
<i>Vertraute Menschen</i>	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Können das Schwindelerleben deutlich bessern

Tab. 2 Grundelemente der stationären Behandlung in der Tinnitus Klinik Dr. Hesse	
Grundelemente einer beispielhaften stationären Behandlung für von M. Menière Betroffene	
1.	Morgendliche Aktivierung mit Bewegung (Walking)
2.	Tägliches neurootologisches Counselling und „Eduktion“ (30 min) in einer 10er-Gruppe
3.	Ein auf die individuelle Störung ausgerichtetes Gleichgewichtstraining, in dem die Teilnehmer auch an aversive Stimuli und Sensationen herangeführt werden, um dabei das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit zu prüfen und verschiedene Schwindeltigger habitualisieren zu können
4.	Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation)
5.	Tagebucharbeit mit einem Gleichgewichts-(!)Tagebuch
6.	Neurootologische und psychosomatische Befunderhebung und Verlaufskontrolle mit für den Patienten verständlicher ärztlicher Besprechung
7.	Hörgeräteanpassung
8.	Möglichkeit der intratympanalen Kortison-, ggf. Gentamicin-Gabe
9.	Psychotherapeutische Einzel- und Gruppenpsychotherapie
	Kognitive Umstrukturierung der schwindelverstärkenden Gedanken
	Expositionsübungen mit vorbereiteter und unterstützter, gestufter Konfrontation mit den einzelnen angst- und schwindelauslösenden Reizen
	Soweit möglich: Auseinandersetzung mit der Funktion des Schwindels, auch der für den Patienten unbewussten Anteile
	Meistens: Motivierung zur weiteren ambulanten Psychotherapie
10.	Wenn nötig: Besprechen der Möglichkeit und – bei Konsens – Einsatz von Antidepressiva

dabei in einem Gleichgewichtstagebuch (nicht in einem „Schwindeltagebuch“) festzuhalten – mit Betonung auf den Tagen, an denen „das Gleichgewicht“ ausreicht.

Psychotherapeutische Unterstützung

Psychotherapeutische Hilfe ist insbesondere indiziert, wenn eine Angsterkrankung oder Depression erkannt wird oder sich ein psychogener Schwindel entwickelt. Günstig für Menière-Patienten ist, wenn Psychotherapeutinnen empfohlen werden, anstatt dass auf diese verwiesen wird, und wenn diese Psychotherapeuten auch organisch zumindest grob Bescheid wissen oder sich in Kenntnis setzen lassen.

Stationäre Behandlung

Oft kommen die Möglichkeiten einer abgestimmten Therapie, die HNO-Wissen und Psychosomatik verbindet, ambulant an ihre Grenzen. Dann können bei Gefährdung der Arbeitsfähigkeit Reha-Kliniken oder bei

Gefährdung der Gesundheit psychosomatische Kliniken weiterhelfen.

Idealtypisch geschieht dies in einem Team aus psychotherapeutisch zusätzlich ausgebildeten Neurootologen, klinisch orientierten Psychotherapeuten und speziell ausgebildeten Kotherapeuten auf der Grundlage einer hinreichenden medizinischen und psychologischen Diagnostik [16]. Die Therapie beinhaltet dabei eine medizinische Aufklärung mit einer daran ansetzenden Psychoedukation und Psychotherapie, einem Gleichgewichtstraining und einer Hörgeräteversorgung. Wir arbeiten dabei auch auf der Grundlage der „systematischen Desensibilisierung nach Wolpe“ [13, 15, 24].

Wenn indiziert, bieten wir die intratympanale Kortison- oder Gentamicingabe an (■ Tab. 2).

Fazit für die Praxis

- Hilfreich für einen gelingenden Umgang mit der organischen Erkrankung eines M. Menière ist die rechtzeitige therapeutische Weichenstellung bei begleitenden

Angst und Depressionserkrankungen sowie eines reaktiven psychogenen Schwindels.

- Dies verbessert die Möglichkeiten der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien, ggf. mit professioneller psychotherapeutischer Unterstützung ambulant oder stationär und das Ergebnis („outcome“) HNO-ärztlicher Interventionen.

Korrespondenzadresse

Dr. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Dr. Hesse am Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen, Deutschland
HSchaaf@tinnitus-klinik.net

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Schaaf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, Gürkov R, Mansmann U, Strupp M (2016) Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term multicentre double blind randomised placebo controlled dose defining trial (BEMED trial). *BMJ* h6816. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6816>
2. AOK-Gesundheitsatlas. <https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/>. Zugegriffen: 20. Mai 2025
3. Arroll M, Dancsey CP, Attree EA, Smith S, James T (2012) People with symptoms of Meniere's disease: the relationship between illness intrusiveness, illness uncertainty, dizziness handicap, and depression. *Otol Neurotol* 33(5):816–812
4. Eckhardt-Henn A, Tschann R, Best C, Dieterich M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome. *Nervenarzt* 80:909–917
5. Kirby SE, Yardley L (2009) Cognitions associated with anxiety in Meniere's disease. *J Psychosom Res* 66(2):111
6. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) PHQ-D Gesundheitsbogen für Patienten. Manual. Komplettversion und Kurzform, 2. Aufl. Pfizer, Karlsruhe

7. Menière P (1861) Mémoire sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme. *Gaz Méd Paris Sér* 16:597–601
8. Miyazaki H, Nomura Y, Mardassi A, Deveze A, Miura M, Jike M, Magnan J (2017) How minimally invasive vestibular neurectomy for incapacitating Meniere's disease improves dizziness and anxiety. *Acta Otolaryngol* 137(7):707–711
9. Patel JJ, Levy DA, Nguyen SA, Rizk HG, Meyer TA (2020) Depression in Ménière's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Laryngol Otol* 134(4):293–301
10. Savastano M, Maron MB, Mangialaio M, Longhi P, Rizzardo R (1996) Illness behaviour, personality traits, anxiety, and depression in patients with Ménière's disease. *J Otolaryngol*: 329–333
11. Schaaf H (2025) Psychosomatik bei M Meniere Erkrankten. Sonderheft Psychosomatik. *HNO* 73:167–174
12. Schaaf H (2022) M. Menière. 9., vollst. überarb. Auflage. Springer, Heidelberg, 574–87
13. Schaaf H (2021) Handy-Diagnostik in der Akutphase eines Morbus Menière. *LRO Tipps und Tricks*, S 10–11
14. Schaaf H (2016) Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen, 4. Aufl. Asanger, Kröning
15. Schaaf H, Hesse G (2015) Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3447-y>
16. Schaaf H, Haid C-T (2003) Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. *Dtsch Arztebl* 13:853–857
17. Staab JP (2020) Persistent postural-perceptual dizziness. *Semin Neurol* 40(1):130–137. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402736>
18. Staab JP (2010) Psychological attributes of Ménières disease. In: Ruckenstein M (Hrsg) Ménières disease. Evidence an outcome. Plural publishing, San Diego, S 135–147
19. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ (2015) Mental health and subjective well-being of individuals with Ménière's: cross-sectional analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol* 36(5):854–861. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000732>
20. Wu H, Xia Y, Luo Q, Li Q, Jiang H, Xiong Y (2024) Psychological Distress and Meniere's Disease: A Bidirectional Two-Sample Mendelian Randomization Study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 170(5):1391–1403. <https://doi.org/10.1002/ohn.610>
21. Yeo BSY, Toh EMS, Lim NE, Lee RS, Ho RCM, Tam WWS, Ngo RYS (2025) Association of Menière's disease with depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. <https://doi.org/10.1007/s00405-025-09297-w>
22. Yokota Y, Kitahara T, Sakagami M, Ito T, Kimura T, Okayasu T, Yamashita A, Yamanaka T (2016) Surgical results and psychological status in patients with intractable Ménière's disease. *Auris Nasus Larynx* 43(3):287–291
23. Watzlawick (2021) Anleitung zum Unglücklichsein, 5. Aufl. Piper, S 135
24. Wolpe J (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, Palo Alto

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Somatopsychic (concomitant) disorders in patients with Meniere's disease: anxiety–depression–psychogenic dizziness

Background: Meniere's disease is frequently associated with psychogenic comorbidities such as anxiety, depression, and persistent dizziness in the sense of “persistent postural perceptual dizziness” (PPPD) or reactive psychogenic dizziness.

Materials and methods: The current meta-analyses on anxiety and depression and the consequences for otorhinolaryngology are presented and discussed.

Objective: The aim is to raise awareness of psychogenic comorbidity and to encourage helpful approaches in diagnosis and treatment.

Keywords

Psychosomatic disorders · Psychological comorbidity · Psychological stress · Vulnerable populations · Vertigo