

4/2017 August

C 51932

# *forum*

*Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*



**omnimed**  
[www.omnimedonline.de](http://www.omnimedonline.de)

# Der Einfluss von Stress auf M.-Menière-Patienten

H. Schaaf, Dagmar Beyrau

## Summary

The complex appearance of Menière's disease is not only dependent on the patient-specific somatic conditions but is also subject to external influences and the previous experiences of the affected persons as well as the existing resources of the processing of the disease.

We describe the disease in the context of stress on the basis of studies. The definition of the term »stress« is not comparable in all studies, and the inclusion or target criteria can not be tested in all cases. Nevertheless, there is an influence of stress on the patients, which should be included in the therapeutic strategies. Finally, the therapy of Menière's disease remains an individual, very specifically coordinated treatment in the individual patient, which also includes a psychosomatic component and coping strategies.

## Keywords

Menière's disease, stress, coping.

## Zusammenfassung

Das komplexe Erscheinungsbild des M. Menière ist nicht nur von den patientenspezifischen somatischen Gegebenheiten abhängig, sondern unterliegt auch äußeren Einflüssen und den bisherigen Erfahrungen der Betroffenen sowie den vorhandenen Ressourcen der Krankheitsverarbeitung.

Wir stellen das Krankheitsbild im Zusammenhang mit Stressbelastungen anhand von Studien dar. Bereits die



Abb. 1: Stress sinnbildlich – Anspannung, Verzerrung, Verbiegung

Definition des Begriffs »Stress« ist nicht in allen Studien vergleichbar und die Einschluss- beziehungsweise Zielkriterien nicht in allen Fällen überprüfbar. Dennoch zeigt sich ein Einfluss des Stressgeschehens auf die Erkrankten, welches in die Therapiestrategien mit einbezogen werden sollte. Letztlich bleibt die Therapie des M. Menière eine individuelle, sehr spezifisch abgestimmte Behandlung auf den einzelnen Patienten, die auch eine psychosomatische Komponente und »Coping«-Strategien umfasst.

## Schlüsselwörter

M. Menière, Stress, »Coping«.

## Einleitung

Mehr als 80% der Deutschen klagen über Stress, von etwa jedem Dritten wird Stress als Dauerzustand angegeben. Jeder Fünfte ist davon überzeugt, dass der erlebte Stress zu gesundheitlichen Folgeschäden führt (2). Vor allem äußerer Stress wird von den meisten

Menière-Patienten als Trigger (Auslöser) bei ihrer Erkrankung angenommen – vor allem was die Schwindelattacken und -empfindungen angeht (35).

Als M. Menière wird eine Erkrankung des Innenohrs mit einem Endolymphhydrops bezeichnet, die mit Drehschwindelattacken und einem meist zunehmenden Verlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen einhergeht. Leitsymptom sind die Drehschwindelanfälle, die oft mit heftigem Erbrechen, Hörstörungen und einem üblicherweise tieffrequenten Tinnitus verbunden sind. Die Anfälle sind typischerweise nicht vorhersehbar. Der subjektiv empfundene Charakter der Schwindelempfindung kann sich im Verlauf der meist über viele Jahre anhaltenden Erkrankung ändern. In aller Regel nimmt dabei der Attackenschwindel ab und die einseitige Schwerhörigkeit zu. Hinzu können ein reaktiv-psychogener Schwindel mit depressiven Verläufen und Angstkorrelaten sowie ein gutartiger Lagerungsschwindel kommen (28).



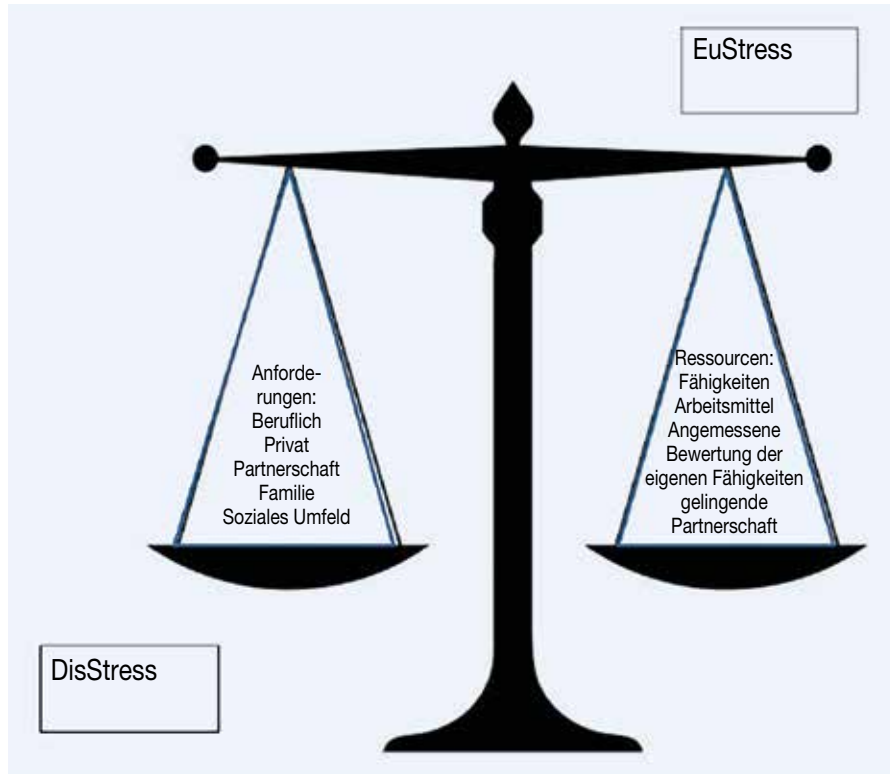


Abb. 2: Stresswaage. Das Verhältnis zwischen (inneren und äußeren) Anforderungen sowie infrastrukturellen und eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten entscheiden mit darüber, ob etwas zu einer positiven Herausforderungen (Eustress) oder belastender Überforderung (Disstress) werden kann

Hinsichtlich einer möglichen Beeinflussung des M. Menière durch psychologische Faktoren liegen meist Publikationen zum Thema Stress vor. Dabei hat sich in den letzten 60 Jahren der Stressbegriff konzeptionell mehrfach gewandelt.

## Definition des Begriffs Stress – was meint man mit Stress?

Ursprünglich stammt der Begriff Stress aus dem Englischen und wurde zunächst im Bereich der Materialprüfung gebraucht. Dort bedeutete er Anspannung, Verzerrung, Verbiegung (Abb. 1).

In die Medizin wurde der Begriff von Hans Selye (33) eingeführt, als sich die Erkenntnis verbreitete, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht nur aus organischen Faktoren entwickelt. Selye (32) beschrieb Stress als »unspezifisches Reaktionsmuster und notwendige Anpassungsleistung auf Anforder-

ungen und Belastungen«. Die dabei ablaufenden Prozesse werden in drei Phasen unterteilt:

– Durch Einwirkung eines Reizes (an den der Körper nicht adaptiert ist) wird eine akute Alarmreaktion ausgelöst. Durch neuroendokrine Regulationsmechanismen werden Energiereserven mobilisiert.

– Bei anhaltender Einwirkung des Reizes kommt es zu einer Widerstandsphase. Durch Veränderung von Körperfunktionen stellt sich der Mensch auf den Stressor ein (Adaptation), seine Widerstandskraft wird erhöht.

– In einer folgenden Reparations- oder Erschöpfungsphase sind die Anpassungsreserven und die Widerstandskraft des Organismus erschöpft.

Bei Beendigung der Stresseinwirkung werden – soweit möglich – die Energiereserven wieder aufgefüllt. Hält die Stressreaktion länger an als Ressourcen

verfügbar sind, kann es zu einer Schädigung des Organismus kommen.

Dies bedeutete eine nahezu revolutionäre Erweiterung des damaligen Medizinverständnisses. Selye (33) prägte außerdem die Unterscheidung in »Eustress« als positiven, leistungssteigernden Stress und »Disstress« als negativen, belastenden Stress.

In der Folge ging der Stress-Begriff so in den Alltagsgebrauch über, dass daraus fast schon ein »Allgemeinplatz« wurde. So kommentierten die Psychosomatiker Hoffmann und Hochapfel 1991 das Stressmodell zugespitzt (14): »Das Stressmodell ist heute stark – nach unseren Vorstellungen fast sinnlos – ausgeweitet worden. Stress ist gewissermaßen alles, was aufregt [...].«

Tatsächlich gaben Sodermann et. al noch 2004 den von ihnen untersuchten Menière-Patienten als Beobachtungskriterien mit (34):

- mentaler Stress sei »etwas, was Sie geistig erschöpft«,
- emotionaler Stress sei »etwas Positives oder Negatives, das Sie nervös, besorgt oder ängstlich macht«,
- körperlicher Stress sei »etwas, dass Ihre körperliche Anstrengung erfordert, um dies in der vorgegebenen Zeit zu erreichen«.

Durch solche Anpassungen des Stressmodells – so Hoffmann und Hochapfel weiter – hat das Konzept zwar an Breite gewonnen, gleichzeitig sinke aber der erklärerische Wert und der Terminus Stress würde immer nichtssagender (14).

Spezifischer erarbeiteten Lazarus und Mitarbeiter schon 1978 und 1984, dass eine (eindimensionale) Stressreaktion nicht nur eine Reaktion auf einen Reiz von außen ist (17, 18). Sie machten deutlich, dass Stress als Ergebnis (Bilanz) durch die Auseinandersetzung der Person mit einer Belastung und den Ressourcen der betroffenen Person entsteht. Lazarus (17, 18) sieht Stress dabei als Diskrepanz zwischen

Belastung und individuell (wahrgenommenen) Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten an (Abb. 2).

Ob der Mensch in Stress gerät, hänge daher auch von subjektiven Interpretationen und Bewertungsprozessen ab. Dabei können auch kritische Lebensereignisse oder alltägliche belastende Dinge die individuellen Anpassungsleistungen überfordern.

## Berufsbezogenes Stresserleben

Nach einer Umfrage des Schweizer Staatssekretariats für Wirtschaft wurde im Jahr 2000 die Arbeitswelt als Hauptstressquelle (58,1%) angegeben. Passend zu dem Modell von *Lazarus* et al. (17) benennen *Richter* und *Hacker* (24) sowie *Schulz*, *Schlotz*, *Becker* (30) mögliche Konstellationen zur Stressentstehung am Arbeitsplatz:

- Arbeitsaufträge, die nicht den eigenen Fähigkeiten und Ressourcen entsprechen.
- Unrealistische Einschätzung der Bedrohlichkeit einer Aufgabe (durch den Arbeitnehmer).
- Widerspruch vom Inhalt einer Aufgabe und den eigenen Interessen.
- Eine zu große Anzahl an Anforderungen pro zur Verfügung stehender Zeit und vorhandenen Ressourcen.
- Nicht beeinflussbare Unterbrechungen im Arbeitsablauf.
- Fehlende Rückmeldung und Informationsverzögerungen.
- Negative Bewertung der Ergebnisse (durch den Arbeitgeber).
- Mangelnde Anerkennung und Belohnung trotz Bemühen und guter Leistung (Gratifikationskrise).

## Die Stressreaktion – ein komplexes wechselseitiges Geschehen auf vielen Ebenen

Eine Stressreaktion findet auf der körperlichen (somatischen), der psychologischen und der Verhaltensebene statt.

Die körperliche Stressreaktion wird auf endokriner Ebene über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse gesteuert. Bei Stress schüttet der Hypothalamus das »Corticotropin-releasing hormone« (CRH) aus. Dieses stimuliert wiederum die Ausschüttung von weiteren Hormonen aus der Hypophyse, die die Steuerung der Schilddrüse (»thyroid-stimulating hormone« [TSH]), der Nebennierenrinde (»adrenocorticotrop hormone« [ACTH]) und der Keimdrüsen (follikelstimulierendes Hormon [FSH] und Lutropin [LH]) beeinflussen (20).

ACTH ist das Stresshormon, das zu einer Ausschüttung von Kortisol aus der Nebennierenrinde führt. Hauptfunktion des Kortisols ist die Energiefreisetzung durch Abbau von Proteinen und Glukoneogenese. Neben der hormonellen Aktivierung kommt es zu einer Erregung des Sympathikus. Durch das Zusammenspiel von Sympathikus und endokrinologischer Wirkung kommt es zu einer allgemeinen Aktivierung des Körpers mit Steigerung der Herzfrequenz, des Blutdrucks und der Atemfrequenz.

Emotionale Stressreaktionen können darüber hinaus auf der psychischen Ebene innere Unruhe, Unsicherheit, Angst, Panik, Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Unlust, Ärger, Irritation und Depression sein. Es kann zu einer Abnahme der Konzentrationsfähigkeit und zu einer verengten Wahrnehmung sowie zu einer Einschränkung des allgemeinen Denkvermögens mit erhöhter Fehlerhäufigkeit kommen. Dabei können vermehrt emotionale Veränderungen wie gesteigerte Aggressivität, Schwächung des Selbstwertgefühls, Angst, Verunsicherung und Gereiztheit auftreten. Dies beeinflusst auch das Verhalten. So kann es unter Stresseinwirkung oft zu Nikotin-, Alkohol- und Tablettenabusus sowie zu nachlassender körperlicher Betätigung kommen.

Schützend bei zu viel Stress sind unter anderem eine ausreichende soziale Unterstützung und ein angemessenes Bewältigungsverhalten (»Coping«). »Co-

ping« kommt aus dem englischen Sprachraum (»to cope with« = etwas bewältigen) und umfasst verschiedene Strategien zur Problemlösung. *Lazarus* und *Folkman* (17) beschreiben »Coping« als den Umgang mit einschränkend erlebten inneren oder äußeren Anforderungen, bei dem die eigenen Ressourcen überstiegen werden. Man unterscheidet weiter problemorientiertes und emotionsorientiertes »Coping« (31). Beim problemorientierten »Coping« versucht der Betroffene direkt das Problem oder den Konflikt durch eine aktive Handlung zu lösen. Im Gegensatz hierzu beinhaltet das emotionsorientierte »Coping« die gedanklich-emotionalen und intrapersonelle Auseinandersetzung mit dem Problem.

## Stress als Einflussgröße bei Patienten mit M. Menière

Untersucht und spekuliert wurden zum Thema Stress bei M. Menière Persönlichkeitszüge, Neurotizismus-Werte, »Neurosenprofile« und die gegenseitigen Beeinflussungen von Persönlichkeitszügen und Stress bei den Menschen mit M. Menière. Diese unterscheiden sich – anpassend an den jeweiligen Forschungsmainstream – sowohl hinsichtlich der Fragestellungen als auch der Begrifflichkeiten, was die Vergleichbarkeit erschwert. Was das Unterfangen zusätzlich schwierig macht, ist, dass schon die Erstellung einer sicheren Diagnose und die Zuordnung zu einem »wahrscheinlichen« M. Menière anspruchsvoll und mit nicht wenigen Fehlermöglichkeiten versehen sind.

Darüber hinaus ist es entscheidend, ob sich ein – wie immer verstandener – Stress auswirken könnte:

- auf den organisch innenohrbedingten Attacken-Schwindel,
- auf die organischen Grundlagen im Innenohr, etwa auf die Endolymphmenge,
- auf das zunehmende Schwindelempfinden – ohne zusätzliche organische Beeinflussung,

## Tabelle

### Unterscheidungsansätze zwischen einem organisch bedingten Schwindelanfall und einem eher psychogenen Schwindelgeschehen

		Innenohrbedingter Schwindel-Anfall	Psychogener Schwindel-Zustand
Eigenes Erkennen	Fixieren eines festen Gegenstands	Nicht möglich	Möglich
	Heftiges Auftreten	Nicht möglich, führt zu (erneutem) Umfallen	Bessert das Schwindel-Erleben, führt zu mehr Standfestigkeit
	Vertraute Menschen	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Kann das Schwindel-Erleben deutlich bessern
Ärztlich-psychologisches/ psychosomatisches Erkennen	Augenzittern (Nystagmus)	Vorhanden (Frenzelbrille)	Nicht vorhanden
	Beschreibung des Schwindels	Drehschwindel, der Raum bewegt sich um den Menschen	Vielfältig, dauerhaft, tagelang, immer ...
	Audiogramm (Hörtest)	Wiederholte Tieftonverluste und -schwankungen häufig	Ohne Änderung
	Wahrnehmung beim »Gegenüber«	Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation ...	Angst und Panik meist im Vordergrund

- auf, ob etwas »was mich aufregt« oder belastet, zu mehr Schwindelempfinden führt, ohne dass es dazu eine organische Grundlage gebraucht hätte,
- auf die psychische Reaktion – dann eher mit einem reaktiv psychogenen Schwindel,
- auf das Verhalten mit einer – den Schwindel verstärkenden – zunehmenden Vermeidung.

Mit keinem der verwandten Tests und Fragebögen der im Folgenden aufgeführten Untersuchungen konnte der Auswerter unterscheiden, ob die subjektive Empfindung der Schwindelzunahme oder Schwindelattacke auf organischen Grundlagen oder einer entsprechenden (subjektiven) Wahrnehmung beruhte.

Dazu hätte man mit deutlich mehr Aufwand – wenigstens hinführend – weitere, zum Beispiel die in der Tabelle

genannten, Kriterien an die Hand geben müssen. Optimal wäre auch die Kontrolle der Augenbewegungen im Anfall durch einen geschulten Untersucher oder durch eine Videoaufzeichnung gewesen.

Dennoch lassen sich interessante Aspekte und Wiederholungen erkennen, die am Ende letztlich jedoch für eine sehr individuelle Betrachtungsweise sprechen. In seiner fundierten Übersichtsarbeit geht *Staab* (35) in dem Buch von *Ruckenstein* (35) zum Thema »Stress bei Menière-Patienten« bis auf die analytischen Arbeiten von *Schilder* (29) sowie *Fowler* und *Zeckel* (10) zurück.

Einer der Ersten, die annahmen, dass sich die Psyche in Gleichgewichtsempfindungen und in der Muskelspannung ausdrücken könnte, war ein Psychoanalytiker der ersten Stunde, *Paul Schilder* (29). Er vermutete gar, dass

Veränderungen in der Psyche auch zu organischen Veränderungen in der Gleichgewichtsgegend führen könnten. Die Grundlage dafür war seine Beobachtung, dass das Gleichgewichtsorgan ein Sinnesorgan ist, das vor allem halbbewusste Eindrücke empfängt, darauf wiederum der Mensch mit meist unbewussten, »instinktmäßigen, primitiven Bewegungen« reagiert.

*Fowler* und *Zeckel* formulierten 1952 – psychoanalytisch – eine Theorie der unterdrückten Aggression und sexuellen Hemmung (10). Wie später auch *Hinchcliffe* (13), *Basecqz* (3), *Groen* (11), *Landino* (16) und *Lamparter* (15) vermuteten sie, dass es im Anfall zu einer explosionsartigen Spannungsabfuhr – im Schwindel – kommen könne, nachdem die Betroffenen oft unfähig gewesen seien, einer existenziellen Erschütterung oder interpersoneller Konflikten anders Ausdruck

zu verleihen. Es gehe einerseits um den »Stress in der Beziehungsgestaltung (interaktionell)« und andererseits um die Persönlichkeitseigenschaften, die zum Schwindel führen könnten.

*Fowler* und *Zeckel* spekulierten auch, ob dies zu einer Trägheit des Blutflusses führen könne, was sie versuchten, an der Durchblutung der Konjunktiva nachzumessen (10).

Bei aller Begrenztheit durch die jeweils kleinen Fallzahlen und die sicher nicht haltbaren physiologischen Zuschreibungen findet es *Staab* in *Ruckenstein* bemerkenswert (35), dass hier eine Grundlage für die wichtige Frage gestellt wurde, die folgende bis heute selbst bei operativen Eingriffen im Raum steht: »Könnte es sein, dass das zentrale Nervensystem eine Rolle in der Pathophysiologie des M. Menière spielt, ob auf vaskulärem, neuralem oder hormonellem Weg?«.

*Groen* (11) berichtete über 21 Menière-Betroffene, bei denen er glaubte, gemeinsame Persönlichkeitszüge zu finden. Er beschrieb für sie eine überdurchschnittliche Intelligenz, die er an Berufsbildern (!) festmachte, eine ausgeprägte Tendenz zur Zurückgezogenheit, zum Perfektionismus in Arbeit und Hobby und ein ausgeprägtes Über-Ich.

Er vermutete bei diesen 21 Patienten einen »Schlüssel-Schloss-Mechanismus« mit drei wesentlichen Einflussgrößen:

- Eine mehr oder weniger spezifische Persönlichkeitsstruktur.
- Ein zwischenmenschlicher Konflikt, der in besonderer Weise für eine Persönlichkeit mit eben dieser Struktur frustrierend ist.
- Eine Hemmung oder Unmöglichkeit eines emotionalen Auslebens.

*Landino* (16) untersuchte acht Patienten aus dem ländlichen Bereich. Auch diese zeigten in sich geschlossene Merkmale, die sich aber deutlich von den von *Groen* berichteten Merkmalen unterschieden.

Immerhin 30 Menière-Betroffene aus der psychosomatischen Klinik Hamburg-Eppendorf konnte 1989 der Psychologe *Rüster* untersuchen. Er beschrieb sie – in der Psychologenfachsprache – als nachgiebige, rücksichtsvolle und aggressiv-gehemmte Menschen. Diese stellten sich gemäßigt, ausgeglichen und enorm gewissenhaft dar. Er empfand es als kein Wunder, dass, diese Menschen auch leicht reizbar waren und aggressiv-sadistische Charakterzüge trugen, die allerdings verdrängt würden (25).

Mit zunehmender Popularität des Stressverständnisses ermittelten sowohl schwedische (6) als auch japanische Untersucher (13), dass Patienten mit Morbus Menière externe Faktoren wie Stress zu Hause oder auf der Arbeit als Grund für eine Zunahme des M. Menière ansahen.

Diese Patienten-Wahrnehmung konnte bei zwei prospektiven Längsschnittstudien mit 20 Patienten bei *Andersson* (1) und 46 Patienten bei *Sodermann* (34) allerdings nicht bestätigt werden:

*Andersson* (1) fand über durchschnittlich 194 Tage keinen – selbst berichteten – zeitlichen Zusammenhang zwischen einem Stresserleben und einer verstärkten Menière-Symptomatik, außer bei einer kleinen Gruppe von sieben Patienten.

*Sodermann* (34) untersuchte 46 Patienten über 18 Monate und fragte möglichst zeitnah nach einem Anfall nach mentalem, emotionalem oder körperlichem Stress in den vorangegangenen 48 Stunden.

- Mentaler Stress wurde definiert als »etwas, was Sie geistig erschöpft«.
- Emotionaler Stress wurde beschrieben als »etwas Positives oder Negatives, das Sie nervös, besorgt oder ängstlich macht«.
- Körperlicher Stress wurde eingegrenzt als »etwas, dass Ihre körperliche Anstrengung erfordert, um dies in der vorgegebenen Zeit zu erreichen«.

In der Auswertung fanden *Sodermann* (34) und *Salim* (26) ein relativ erhöhtes Risiko für eine Schwindel-Attacke bei emotionalem Stress innerhalb von drei Stunden von 5,1 und bei mentalem Stress von 4,1. Körperlicher Stress hatte keinen Einfluss. Dies könnte – so *Staab* (35) – als Zusammenhang zwischen der obigen – sehr weit gefassten – Stressauffassung und Schwindel interpretiert werden, ohne zu wissen, ob es dabei um einen innenohrbedingtem und psychogenen Schwindel handelt.

Dennoch waren die Einzelgruppen innerhalb der 46 Patienten so unterschiedlich, dass kaum eine belastbare Aussage gemacht werden kann. So erhöht möglicherweise (vor allem emotionaler) Stress das Risiko eines Schwindelanfalls. Dennoch ist das absolute Risiko gering – und beschränkt auf die Patienten mit häufigeren Anfällen – die wiederum ein erhöhtes Risiko eines reaktiv-psychogenen Anfalls haben.

Insgesamt, so *Staab* (35), sprechen die Studien von *Andersson* (1) und *Sodermann* (34) eher gegen den Nachweis einer – allgemeinen – Stresstheorie bei M. Menière. Dennoch schlossen sie einen Zusammenhang nicht aus. Vielleicht aber sei bisher kein Zusammenhang zwischen Stress und M. Menière erkennbar, weil die Modelle zu alt und nicht passend erscheinen.

Dabei gehe die neuere Stressforschung über zu einem Konzept von individueller Vulnerabilität und Resilienz (35). Bei diesen Modellvorstellungen wird davon ausgegangen, dass Individuen eine unterschiedliche Vulnerabilität gegenüber ungünstigen Lebensumständen haben.

Dies sei schon genetisch festgelegt, könne aber durch protektive Faktoren wie positive Erfahrungen und starke soziale Unterstützung modifiziert werden. Interaktionen zwischen der individuellen Vulnerabilität und der Umwelt könnten – positiv oder negativ – die psychische und mentale Gesundheit beeinflussen. Tatsächlich wird schon nach genetischen Besonderhei-



ten gesucht (39), zumindest hinsichtlich stressrelevanter Gene wurde bisher keine Abweichung von anderen gefunden.

Damit schließt sich – auch in der Übersichtsarbeit von *Staab* (35) – wieder der Kreis zu den Persönlichkeitseigenschaften, die heute »weniger« in einem psychotherapeutischen Gespräch ermittelt, sondern mehr in Fragebögen ausgetestet werden.

So fand *Savastano* 1996 (27) bei 50 italienischen Menière-Patienten höhere Werte im »Neurotizismus-Level« und für »psychologischen Stress, höhere subjektive Werte für physische Symptome, einschließlich innerer Anspannung, unterdrückter Feindseligkeit und gehemmtem Selbstbewusstsein und geringer Stresstoleranz«. Ebenso ermittelten sie einen höheren kognitiven Fokus auf das Krankheitsgefühl und ein verstärktes Krankheitsverhalten. Allerdings waren – auch hier – die Untergruppen sehr unterschiedlich: die größte zeigte normale Persönlichkeitsprofile und normale Angst und Depressionswerte.

*Takahashi et al.* (37, 38) sowie *Oniku* (21) verschickten in Japan einen umfangreichen Fragebogen. Sie verglichen einmal 60 Menière-Patienten mit 936 allgemeinmedizinischen Patienten und zum anderen 185 Menière-Patienten mit 144 Patienten mit Tieftonschwankungen, aber ohne Schwindel und mit 329 allgemein erkrankten Patienten. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Stressexposition, der Möglichkeit zur Entspannung und hinsichtlich nicht schwindelbezogener Symptome.

In beiden Studien wurden für die Menière-Patienten signifikant höhere Werte für »getriebene und gehemmte Persönlichkeitseigenschaften« gefunden als in den Kontrollgruppen. Die Menière-Patienten seien:

– »gefesselt« an ihre Arbeit – vielleicht meinten sie auch überengagiert in ihrer Arbeit,

– sie würden sich selbst hemmen,  
– sich von der Zeit gedrückt fühlen  
– und wären gegenüber sich selbst un-  
nachgiebig.

Dabei interpretieren *Takahashi et al.* (37, 38) sowie *Oniku* (21) das engagierte Verhalten und die Selbstbeschränkung als einen Wunsch, von anderen belohnt zu werden. Wenn diese Belohnung nicht komme, bekämen die Patienten einen großen internen Stress, den sie als möglichen Menière-Auslöser deuten.

Das Gleiche zeigte sich auch in der Gruppe von Menschen mit Tieftonverlusten ohne Schwindel.

*Van Cruijssen et al.* (5) fand bei 110 Menière-Patienten, dass diese vermehrt Stress erlebten, weniger hilfreiche Strategien anwandten, höhere Angst- und Depressionswerte zeigten und – im Vergleich zu Gesunden – eine eingeschränktere Lebensqualität aufwiesen.

Es ergab sich aber im Vergleich zu anderen Patienten mit Hör- und Gleichgewichtserkrankungen kein Unterschied und sie fanden keine »abnormen Persönlichkeitsmerkmale«.

*De Valck et al.* (6) fanden bei Menière-Patienten ein höheres »Pflichtbewusstsein« (Gewissenhaftigkeit/Zwanghaftigkeit). Sie ermittelten aber in einem dafür konzipierten Fragebogen keine abweichenden Werte gegenüber anderen Ohr- und Gleichgewichtspatienten.

*Orji* (22) nennt die gegenseitige Beeinflussung der organisch bedingten Krankheitssymptome auf den daraus resultierenden psychischen Stress. Die durch die Schwindelanfälle erhöhte Angst verschlechtert das emotionale Befinden und das wiederum beeinflusst das autonome Nervensystem, das entsprechend auch Stress-Hormone erhöht.

So entsteht ein Teufelskreislauf mit einem verstärkten Krankheitserleben.

## Neurosen und die Verarbeitung eines M. Menière

2002 wagte *Lamparter* noch einmal einen psychodynamischen Versuch (15):

»Im Verlauf der Erkrankung scheint sich die weitere Auslösung der Anfälle immer mehr vom Ausmaß des subjektiv erlebten ›Stresses‹ abzulösen. Die Krankheit wird immer mehr selbst zu einem ›Stress‹, da der betroffene Patient nie sicher sein kann, nicht im nächsten Moment einen existenziell erschütternden Anfall zu erleben ...

Diese können ihrerseits wieder zu einer Erhöhung der inneren Spannung führen und die generell für psychosomatisches Reagieren prädisponierende allgemeine Gefühlsabwehr intensivieren.

Dies wiederum kann zu einer Erhöhung der intrapsychischen Spannung führen, deren Abfuhr nun nicht mehr als Reaktion auf fassbare äußere Ereignisse erfolgt, sodass sich ein – allerdings nur scheinbar – von psychischen Einflüssen unabhängiges, organisches Geschehen ergibt.

Der Patient fühlt sich mit seiner relativ seltenen, dafür aber umso dramatischer verlaufenden Erkrankung oft bitter allein, besonders da ihre Schwere von der Umwelt oft nicht ausreichend anerkannt wird.«

»Bei allem Stress ...« fehlt dann auch noch der Gegenspieler – die soziale Unterstützung.

Möchte man mit *Staab* (35) eine Differenzierung über die Erfassung des »Neurotizismus« versuchen, könnte man auch wieder die zwar »alt« gewordene, aber psychodynamisch immer noch hilfreiche Zuordnung zur Neurosen-Auffassung ergänzen:

»Dabei sind Neurosen keineswegs etwas Anstößiges, sondern eine gutartige Krankheit der Seele. Sie entstehen – aus psychodynamischer Sicht – im Umgang mit Angsterleben und dem Aushalten oder Gestalten von proble-

matischen Aufgabenstellungen, die möglicherweise mit Mitteln des Einzelnen nicht ausreichend zu lösen sind« (14). Ebenso könne einer Neurose oft ein unbewusster, unbewältigter seelischer Konflikt zugrunde liegen.

Wenn sich dabei – mindestens – zwei gleich starke Kräfte gegenüberstehen, von denen sich keine durchsetzen kann, kann der Kompromiss statt einer wirklichen Lösung mit all ihren emotionalen Kosten ein »eingeschränktes« neurotisches Verhalten sein. »Dabei geht es um den verständlichen Versuch, unangenehme oder gar unerträgliche Gefühle von (innerlicher!) Angst, Unlust und Schmerz zu vermeiden.«

*Watzlawick* (41) hat die Neurose als einen Versuch bezeichnet, »mit immer mehr vom Selben etwas zu bewältigen, was qualitativ einer anderen Lösung bedarf«. Dabei muss ein neurotisches Verhalten nicht unbedingt krankhaft sein oder Krankheitswert haben.

Dennoch handele es sich um einen »suboptimalen« Stabilisationsversuch, weil die gewonnene »Entlastung« mit teilweise doch erheblichen Einschränkungen der beruflichen und Alltagsaktivitäten einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert es reale Wege aus dem Dilemma.

Dies könnte auch den individuellen Umgang mit der Menièreschen Erkrankung beeinflussen, der auch unterschiedliche Anforderungen an die Therapeuten stellt.

So werden etwa gut bis hoch strukturierte Menschen eher zwanghaft auf eine mechanistische Lösung drängen – oder versuchen, die Krankheit zu verdrängen. Sie müssen wahrscheinlich lange Umwege mit vielen Enttäuschungen gehen, ehe eine Akzeptanz mit dann realistischen Bewältigungsmöglichkeiten oder Resignation eintreten kann.

Menschen mit einer narzisstischen oder schizoiden Grundstruktur können die Erkrankung als existenzielle

Bedrohung und Angriff (Kränkung) auf ihr Innerstes ansehen. Sie werden dann entsprechend verzweifelt reagieren und ihre Therapeuten vor große Anforderungen stellen können. Dabei könnten die Therapeuten in Versuchung geraten, dem Schwindel auch schon einmal ebenso großartige, aber vielleicht nicht realistische Maßnahmen entgegenzustellen.

Menschen mit einem depressiven Grundkonflikt und Verarbeitungsmodus werden sich eher zurückziehen oder anklammern und möglicherweise – auch – die Krankheit schuldhaft verarbeiten. Sie sind dann auch für entsprechende Psychologisierungen ihrer Erkrankung empfänglich.

Eher »hysterisch« agierende Menière-Betroffene werden im wechselhaft erlebten Auf und Ab von Leid und Hoffnung sicher auch das Umfeld mit einbeziehen – und oft mit verzweifeln lassen.

Ganz am Ende dieser kleinen Recherche taucht wieder die »Materialprüfung« auf, wenn *Pender* (23) modellhaft die mechanische Belastbarkeit der Anteile des Gleichgewichtsorgans ausstestet.

### Problematik der bisherigen Studien

Das Problem aller vorliegenden Studien ist, dass die Einschluss und Zielkriterien bezogen auf den M. Menière nicht ausreichend klar sind und teilweise noch weniger überprüfbar sind (s. vorne). Zudem wurde auch der »Stress« ebenso unterschiedlich wie wechselhaft verstanden und es fehlen Vergleichsgruppen mit anderen psychosomatisch Erkrankten, für die oft ähnliche typische Strukturen beschrieben werden. Dort, wo Vergleichsgruppen einbezogen wurden, werden die Unterschiede umso kleiner und gehen gegen Null, wenn sich die Vergleichsgruppen in ihrer Symptomatik dem M. Menière nähern, beschreiben *Wexler* und *Crary* (42). Sie nehmen an, dass



Abb. 3: Ein Mensch mit M. Menière besteht aus mehr als nur seiner Innenohr-Erkrankung

jede Erkrankung ihre eigene Psychopathologie hervorbringe.

### Alles läuft auf das Individuelle hinaus

Trotz des erhöhten Risikos, dass mit einer Menièreschen Erkrankung auch die eigenen Anpassungsmöglichkeiten überfordert werden können, führt ein M. Menière nicht automatisch zu einer anhaltenden Stressreaktion und etwa einer psychischen Erkrankung. Einen Menschen macht mehr aus als seine Erkrankung – auch beim M. Menière. So konnte *Savastano* (27) zeigen, dass manche Menière-Patienten wie eine gesunde Gruppe reagieren und andere sehr auffällige Werte zeigen (Abb. 3).

Auch darf man unterstellen, dass die Entwicklung des Seelischen vor der Menièreschen Erkrankung stattgefunden hat und dass das bis dahin Mitgebrachte und Erlernte ihre Bewältigung entsprechend beeinflusst. So stellt sich für bisherigen Untersuchungen die Frage, ob nicht eher der Umgang mit der Erkrankung als die Verursachung untersucht wurde.

#### Was folgt daraus therapeutisch:

Da man schlecht die genetischen Grundlagen ändern kann, ist es wichtig, die veränderbaren Faktoren in den Mittelpunkt einer Therapie zu stellen. Dabei ist die Erhebung der Krankengeschichte immer noch der Königsweg zum Verständnis des vom M. Menière



### Was kann oder darf man zu M. Menière wissen:

- M. Menière ist eine gutartige, wenn auch meist voranschreitende Erkrankung des Innenohrs (peripher), keine Erkrankung des Gehirns (zentral).
- Ein M. Menière kann zu Schwerhörigkeit und einem schleichenden Ausfall meist eines Gleichgewichtsorgans führen.
- Ein M. Menière greift nicht das Gehirn, das Denken oder das Fühlen an wie etwa ein M. Parkinson, eine Multiple Sklerose oder eine Alzheimer-Erkrankung.
- Der Attacken-Schwindel kann im Anfall effektiv unterdrückt werden, zum Beispiel mit Dimenhydrat-Zäpfchen.
- Der Attacken-Schwindel wird – in aller Regel – mit der Zeit meist immer schwächer und verschwindet auf Dauer – und kann – etwa mit Gentamycingaben ins Mittelohr – gestoppt werden (in Erprobung ist auch das gleiche Vorgehen mit Kortison).
- Der meist zunehmende Ausfall eines Gleichgewichtsorgans kann – unter anderem mit therapeutischer Unterstützung – meist gut kompensiert werden.
- Die – meist einseitige – Schwerhörigkeit kann in aller Regel mit Hörgeräten, gegebenenfalls mit einem CROS-Gerät oder Cochlear-Implantat ausgeglichen werden.
- Mögliche Zusatzerscheinungen wie ein Lagerungsschwindel oder eine – verständliche – psychogene Zusatzkomponente können erklärt und angegangen werden.
- Alle Medikamente und Operationen, die nicht auf die (vorzeitige) Minderung der Innenohrfunktionen abzielen, sind genauso unwirksam wie Placebo.
- Wahrscheinlich spielt der Faktor Zeit die größte Rolle beim Abklingen der Schwindelsymptome.

### Wissen muss man aber auch:

- Man muss sich selbst ausreichend soweit informieren lassen, um sich der Erkrankung nicht ausgeliefert fühlen zu müssen.
- Man muss vorab Vorsorge (z.B. mit Vomex®-Zäpfchen) vor einem zwar insgesamt seltenen, aber möglichen Anfall treffen.
- Es ist sinnvoll, ein Handy mit Filmfunktion mit sich zu tragen, um Hilfe erbitten zu können und gegebenenfalls selbst die Augenbewegungen bei einer Schwindelattacke filmen zu können.
- Das Führen eines Autos ist nicht mehr erlaubt.

betroffenen Menschen. So kann der Therapeut erfahren und nachvollziehen, welche Erfahrungen er und sie im Alltag, im Berufsleben und auf der Beziehungsebene mitbringt und welche Schwachstellen, aber auch welche Ressourcen vorhanden sind.

Der Trend, dies auch (und leider zu oft auch stattdessen) in Testbatterien standardisiert abzufragen und ankreuzen zu lassen, ohne die Patienten selbst

gesehen oder gar untersucht zu haben, ist für die Wissenschaft sicher notwendig. Es kann aber dem Einzelnen kaum gerecht werden, auch wenn über die Tests zur Erfassung der Pathologie inzwischen auch Fragen nach Ressourcen, Resilienz und Kohärenz gestellt werden.

Speziell zum M. Menière ist eine für den Patienten nachvollziehbare Aufklärung mit einer entspre-

chenden Handlungsperspektive notwendig.

Diese (meist neue) Handlungsperspektive benötigt in aller Regel Akzeptanz – nach einer angemessenen Trauer- und Abwehrphase. Hier kann eine professionelle Psychotherapie ebenso sinnvoll wie nützlich sein. Günstig ist dabei, wenn auch der Therapeut – stimmig und überzeugend – Mut machen kann mit einer positiven Grundhaltung.

### Was tun bei Stress mit dem M. Menière?

So ist die Veränderung der Perspektive und die Wiederherstellung eines neuen Gleichgewichts wichtig – ganz im Sinne der Ursprungsdefinition von *Selye*. Hilfreich sind dann die Aktivierung der Gegengewichte zum Stresserleben, eine ausreichende soziale Unterstützung – zu Hause oder auch in einer Selbsthilfegruppe. Dazu ist nach *Cobb* (4) wichtig:

- Das Gefühl, dass sich jemand um einen sorgt und dass man geliebt wird,
- das Gefühl, angesehen und wertgeschätzt zu werden,
- das Gefühl, Teil eines Netzwerks und einer gegenseitigen Bindung zu sein.

Bis das Innenohr zum Erliegen kommt oder therapeutisch zum Erliegen gebracht werden kann, müssen die Betroffenen einen Umgang mit einschränkend erlebten inneren oder äußeren Anforderungen finden und gegebenenfalls psychotherapeutisch unterstützt werden. Dabei kann man durchaus und realistisch – problemorientiert – an der Ausschaltung der Schwindelquelle arbeiten – wenn man sich hinsichtlich der daraus erwachsenen Konsequenzen schlau macht.

Wenn aber tatsächlich äußerer oder innerer Stress oder schwierige Beziehungsgestaltungen als wesentlich angesehen oder empfunden werden, lohnt sich vor einer definitiven Ausschaltung des Innenohrs sicher auch

ein »emotionsorientiertes Coping«. Damit meinen *Litzcke* und *Schuh* (19) die gedankliche und intrapersonelle Auseinandersetzung mit dem Problem.

Sie unterscheiden verschiedene mögliche Verhaltensweisen bei Stresseinwirkung:

- Kontrolle: Durch aktives Einwirken wird versucht, den Stressor zu verändern und damit Kontrolle über die Situation zu erlangen.
- Toleranz: Der Stressor wird toleriert und auf eine Veränderung gehofft.
- (Heilsame) Resignation: Der andauernde Stressor wird akzeptiert/passiv ertragen, es werden keine (sinnlosen) Verbesserungsversuche unternommen.

## Akzeptanz und Änderungen der Perspektive

*Tyrell* fand 2015 (40), dass sich bei den Meisten die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden deutlich mit Dauer der Erkrankung verändern. So schnitten Patienten mit einer länger bestehenden M.-Menière- Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit kurzem bestehenden Problematik. Dies weist darauf hin, dass es Bewältigungsstrategien geben könnte, die helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten.

Vieles hängt von den Verarbeitungsmöglichkeiten, dem Wissen um die Erkrankung und dem Umgang mit der Erkrankung und nicht zuletzt vom Umfeld ab. So fanden *Dibb* (7), *Dibb* und *Yardley* (8) sowie *Stephens* (36) bei Patienten mit einem länger bestehenden M. Menière auch eine Neuorientierung zur Familie und Freunden sowie zu mehr Empathie für die Leiden anderer.

Gelingt eine Akzeptanz und sogar ein Perspektivwechsel kann der M. Menière, wie andere schwere Erkrankungen auch, dazu führen, dass die Prioritäten im Leben neu geordnet werden.

## Literatur

1. Andersson G, Hägnebo C, Yardley L (1997): Stress and symptoms of Menière's disease: a time-series analysis. *J Psychosom Res* 43 (6), 595–603
2. A.Z. Institut für Management-, Markt-, und Medieninformationen und Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2009): Kundenkompass Stress, Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland, 1–32. [www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/164766/Datei/18738/TK\\_Pressemappe.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/164766/Datei/18738/TK_Pressemappe.pdf) (Stand 02.03.2013)
3. Basecz G (1969): Aspects psychodynamiques de la maladie Menière. *Laval Med* 40, 838–843
4. Cobb S (1976): Social support as a moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38, 300–314
5. Crujisen N van, Jaspers JP, van de Wiel HB (2006): Psychological assessment of patients with Menière's disease. *Int J Audiol* 45 (9), 496–502
6. De Valck CF, Wuyts FL, Vanspauwen R, Walravens S; Van de Heyning PH (2007): Conscientiousness in Patients With Meniere's Disease. *Otol Neurotol* 28 (3), 365–368
7. Dibb B (2009): Positive change with Ménière's disease. *Br J Health Psychol* 14 (Pt 4), 613–624
8. Dibb B, Yardley L (2006): How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Soc Sci Med* 63 (6), 1602–1613
9. Eckhardt-Henn A, Steinhorst N, Krauthausen H (1997): Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit der Leitsymptomatik Schwindel. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47 (11), 403–409
10. Fowler EP Jr, Zeckel A (1952) Psychosomatic aspects of Menière's disease. *JAMA* 148, 1265–1271
11. Groen JJ (1983): Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol* 95, 407–416
12. Hägnebo C, Melin L, Larsen HC, Lindberg P, Lyttkens L, Scott B (1997): The influence of vertigo, hearing impairment and tinnitus on the daily life of Menière patients. *Scand Audiol* 26, 69–76
13. Hinchcliffe R (1967): Emotions as a precipitating factor in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81, 471–475
14. Hoffmann SO, Hochapfel G (1991): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. 4. Auflage, UTB Schattauer, Stuttgart
15. Lamparter U (2002): Schwindel. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg): Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. 2. Aufl, Schattauer, Stuttgart, 354–361
16. Landino A (1985): Zur Psychosomatik des Morbus Menière. *Material Psychoanal* 11, 104–147
17. Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, appraisal and coping. Springer, New York
18. Lazarus RS, Launier R (1978): Stress related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M: Perspectives in international psychology. Plenum, New York

19. Litzcke SM, Schuh H (2007): Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz. 4. Auflage, Springer, Heidelberg
20. Mazurek B, Szczepek AJ, Hebert S (2015): Stress and Tinnitus. HNO 63 (4), 258–265
21. Onuki J, Takahashi M, Odagiri K (2005): Comparative study of the daily lifestyle of patients with Meniere's disease and controls. Ann Otol Rhinol Laryngol 114 (12), 927–933
22. Orji FT (2014): The Influence of Psychological Factors in Meniere's Disease. Ann Med Health Sci Res 4 (1), 3–7
23. Pender DJ (2015): Membrane Stress in the Human Labyrinth and Meniere Disease: A Model Analysis. Int Arch Otorhinolaryngol 19 (4), 336–342
24. Richter P, Hacker W (1998): Belastung und Beanspruchung, Stress, Ermüdung und Burn-out im Arbeitsleben. Roland Asanger, Heidelberg
25. Ruster P (1989): Psychosomatik und Psychopathologie von Morbus Menière. Diss, Universität Hamburg
26. Salim A, Becker NG, Möller J, Hessén-Söderman AC (2007): An analysis for a cross-over cohort study with an application to the study of triggers of Menière's disease. Stat Med 26 (5), 1136–1149
27. Savastano M, Maron MB, Mangialaio M, Longhi P, Rizzardo R (1996): Illness behaviour, personality traits, anxiety, and depression in patients with Menière's disease. J Otolaryngol 25 (5), 329–333
28. Schaaf, H (2017): M. Menière. 8. Aufl, Springer, Heidelberg
29. Schilder P (1942): The vestibular apparatus. In: Schilder P (ed): Mind, perception & thought in their constructive aspects. Columbia University Press, New York, 83–134
30. Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004): TICS: Trierer Inventar zum chronischen Stress. Manual, Hogrefe, Göttingen
31. Seydel C, Reißhauer A, Haupt H, Klapp BF, Mazurek B (2006): Stress bei der Tinnitusentstehung und -verarbeitung. HNO 54 (9), 709–714
32. Selye H (1946): The General Adaptation Syndrome and diseases of adaptation. The Journal of Clinical Endocrinology 6, 117–230
33. Selye H (1955): Stress and disease. Science 122, 625–631
34. Soderman AC, Moller J, Bagger-Sjoberg D (2004): Stress as a trigger of attacks in Menière's disease. A case-crossover study. Laryngoscope 114 (10), 1843–1848
35. Staab, J (2010): Psychological Attributes of Menière's Disease. In: Ruckenstein MJ (ed): Menière's Disease. Evidence and Outcomes. Plural Publishing. San Diego, Oxford, Brisbane, 135–147
36. Stephens D, Kentala E, Varpa K, Pyykkö I (2007): Positive experiences associated with Menière's disorder. Otol Neurotol 28 (7), 982–987
37. Takahashi M, Ishida K, Iida M, Yamashita H, Sugawara K (2001): Analysis of lifestyle and behavioral characteristics in Meniere's disease patients and a control population. Acta Otolaryngol 121, 254–256
38. Takahashi M, Odagiri K, Sato R (2005): Personal Factors Involved in Onset or Progression of Meniere's Disease and Low-Tone Sensorineural Hearing Loss. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec (Switzerland) 67 (5), 300–304
39. Teranishi M, Uchida Y, Nishio N, Kato K, Otake H, Yoshida T, Suzuki H, Sone M, Sugiyama S, Ando F, Shimokata H, Nakashima T (2012): Polymorphisms in genes involved in oxidative stress response in patients with sudden sensorineural hearing loss and Menière's disease in a Japanese population. DNA Cell Biol 31 (10), 1555–1562
40. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ (2015): Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Menière's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. Otol Neurotol 36 (5), 854–861
41. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1992): Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Huber, Bern
42. Wexler M, Crary W (1986): Menière's disease: the psychosomatic hypothesis. Am J Otol 7, 93–96

*Anschrift für die Verfasser:*

*Dr. med. Helmut Schaaf  
Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)*