

# Bekommen gestresste Morbus-Menièr-Patienten mehr Schwindel?

von Dr. Helmut Schaaf, Tinnitus-Klinik Dr. Hesse

Zur Publikation von Yeo, N. L., White, M. P., Ronan, N., Whinney, D. J., Curnow, A., Tyrrell, J. (2017): **Stress and Unusual Events Exacerbate Symptoms in Menière's Disease: A Longitudinal Study.** *Otology & Neurotology*

(Deutsch: Stress und ungewöhnliche Ereignisse verschlimmern die Symptome des Morbus Menière. Eine Längsschnitt-Studie)

*Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen, kommentiert im Folgenden eine aktuelle Studie zum Zusammenhang zwischen Stress und einer Verschlechterung der Symptome bei Morbus Menière.*

## Einleitung

„Stress“ wird von den meisten Menière-Patienten als Auslöser oder Verstärker bei ihrer Erkrankung angenommen – vor allem, was die Schwindelattacken und -empfindungen angeht (Staab, 2010). Dabei kann der Schwindel bei Menière-Erkrankten sowohl organisch als auch reaktiv-psychogen ausgelöst werden. Die bisherigen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Stress und Menière-Symptomen kamen nicht über widersprüchliche Vermutungen hinaus (Schaaf und Beyrau, 2017). In der jüngsten Längsschnitt-Untersuchung aus Großbritannien konnte die Arbeitsgruppe um Tyrrell mithilfe einer Handy-App die Daten von über 1600 Betroffenen mit den Symptomen eines Morbus Menière sammeln (Yeo et al., 2017). Die Untersucher fanden heraus, dass nach „ungewöhnlichen Ereignissen“ und nach als „Stress“ eingeschätzten Erfahrungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Schwindel sowie eine verstärkte Schwere der Menière-Symptome gemeldet wurden.

## Stress – ein Begriff im Wandel der Zeit

Ursprünglich stammt der Begriff Stress aus dem Englischen und wurde zunächst im Bereich der Materialprüfung gebraucht. Dort bedeutete er Anspannung, Verzerrung, Verbiegung. In die Medizin wurde der Begriff von Hans Selye (1946) eingeführt, als sich die Erkenntnis verbreitete, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht nur aus organischen Faktoren entwickeln. Selye beschrieb Stress als „unspezifisches Reaktionsmuster und notwendige Anpassungsleistung auf Anforderungen 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 wenn möglich die Energiereserven wieder aufgefüllt. Hält die Stressreaktion länger an als Ressourcen verfügbar sind, kann es zu einer Schädigung des Organismus kommen. Dies bedeutete 1946 eine nahezu revolutionäre Erweiterung des damaligen Medizinverständnisses. Selye (1955) prägte zudem die Unterscheidung in „Eustress“ als positiven, leistungssteigernden Stress und „Distress“ als negativen, belastenden Stress.

In der Folge aber 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 zuge-spitzt: „Das Stressmodell ist heute stark – nach unseren Vorstellungen fast sinnlos – ausgeweitet worden. Stress ist gewissermaßen alles, was aufregt. [...]“ Durch solche Anpassungen des Stressmodells – so Hoffmann und Hochapfel (1991) weiter – hat das Konzept zwar an Breite gewonnen, gleichzeitig sinke aber auch seine Aussagekraft.

Spezifischer erarbeiteten Lazarus und Mitarbeiter schon 1978 und 1984, dass eine (eindimensionale) Stressreaktion nicht nur eine Reaktion auf einen Reiz von außen ist. Sie machten deutlich, dass Stress als Ergebnis (Bilanz) durch die Auseinandersetzung der Person mit einer Belastung und den Ressourcen der betroffenen Person entsteht. Lazarus (1978 und 1984) sieht Stress dabei als Diskrepanz zwischen Belastung und individuell (wahrgenommenen) Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten an. Ob der Mensch in Stress gerät, hängt daher auch von subjektiven Interpretationen und Bewertungsprozessen ab. Dabei können auch kritische Lebensereignisse oder alltägliche belastende

Als Morbus Menière wird eine Erkrankung des Innenohres mit einem Endolymphhydrops bezeichnet, die mit Drehschwindelattacken und meist einem zunehmenden Verlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen sowie Tinnitus einhergeht. Dabei kann sich der subjektiv empfundene Charakter der Schwindelempfindung im Verlauf der meist über viele Jahre anhaltenden Erkrankung ändern. In der Regel nimmt der Attackenschwindel ab und die meist einseitige Schwerhörigkeit zu. Hinzukommen können ein reaktiv-psychogener Schwindel mit depressiven Verläufen und Angstkorrelaten sowie ein gutartiger Lagerungsschwindel (Schaaf, 2017).

Dinge die individuellen Anpassungsleistungen überfordern, beispielsweise in beruflicher, partnerschaftlicher, familiärer, gesellschaftlicher Hinsicht oder aufgrund der Freizeitgestaltung. Stressgefühle sind also meist ein vielschichtiges Geschehen von belastenden und herausfordernden Faktoren sowie persönlichen und gesellschaftlichen Möglichkeiten.

## Berufsbezogenes Stresserleben

Passend zu dem Modell von Lazarus et al. (1984) benennen Schulz, Schlotz und Becker (2004) 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 zwischen dem Inhalt einer Aufgabe und den eigenen Interessen,
- eine zu große Anzahl an Anforderungen in der zur Verfügung stehenden Zeit und angesichts der 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. 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.

Schützend bei zu viel Stress sind unter anderem eine ausreichende soziale Unterstützung und ein angemessenes Bewältigungsverhalten (Coping). Coping kommt aus dem englischen Sprachraum (to cope with = etwas bewältigen) und umfasst verschiedene Strategien zur Problemlösung. Es kann also nicht nur um die Vermeidung von Stress gehen.

Lazarus und Folkman (1984) beschreiben Coping als den Umgang mit einschränkend erlebten inneren oder äußeren Anforderungen, bei denen die eigenen Ressourcen überstiegen werden. Man unterscheidet weiter problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping. 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-emotionale und intrapersonelle Auseinandersetzung mit dem Problem.

## Stress als Einflussgröße bei Patienten mit Morbus Menière

In den letzten 60 Jahren wurden zum Thema Stress bei Morbus Menière Persönlichkeitszüge, Neurotizismus-Werte, „Neurosenprofile“ und die gegenseitigen Beeinflussungen von Persönlichkeitszügen und Stress bei den Menschen mit M. Menière untersucht – und noch mehr spekuliert. 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 weni-

		Innenohrbedingter Schwindel-Anfall	Psychogener Schwindel-Zustand
Eigenes Erkennen	Fixieren eines festen Gegenstandes	Nicht möglich – möglichst Videoaufzeichnung, z. B. mit einem Handy	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	Können das Schwindel-Erleben deutlich bessern
Ärztliches Erkennen	Augenzittern (Nystagmus)	Vorhanden (Frenzel-Brille) Videoaufzeichnung, z. B. mit einem Handy	Nicht vorhanden
	Beschreibung des Schwindels	Drehschwindel, der Raum bewegt sich um den Menschen	Vielfältig, dauerhaft, tagelang, immer ...
	Audiogramm (Hörtest)	Wiederholte Tiefton-Verluste und -schwankungen häufig	Ohne Änderung
	Wahrnehmung beim Gegenüber	Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation ...	Angst und Panik meist im Vordergrund

Tab. 1: Eigene und professionelle Anhaltspunkte zur Unterscheidung des innenohrbedingten Schwindels von psychogenen Schwindelzuständen.

gen Fehlermöglichkeiten versehen sind. Darüber hinaus ist es entscheidend, ob sich ein wie auch immer verstandener „Stress“

- auf die organischen Grundlagen im Innenohr, etwa auf die Endolymphmenge, auswirken könnte, oder
- auf den innenohrbedingten Attacken-Schwindel,
- das zugenommene Schwindelempfinden – ohne zusätzliche organische Beeinflussung,
- die psychische Reaktion – dann eher mit einem reaktiv-psychogenen Schwindel,
- auf das Verhalten mit einer den Schwindel verstärkenden, zunehmenden Vermeidung,
- ob etwas, „was mich aufregt“ oder belastet, zu mehr Schwindelempfinden führt, ohne dass es dazu eine organische Grundlage gebraucht hätte.

Mit keinem der verwandten Tests und Fragebögen konnten die Auswerter unterscheiden, ob die subjektive Empfindung der Schwindelzunahme oder Schwindelattacke auf organischen Grundlagen oder einer entsprechenden Wahrnehmung beruhte. Dazu hätte man mit deutlich mehr Aufwand weitere Kriterien an die Hand geben müssen.

Optimal wäre die Kontrolle der Augenbewegungen im Anfall durch einen geschulten Untersucher oder durch eine Videoaufzeichnung mit einem Handy gewesen. Per Handy-App könnte man heute zumindest vergleichend auch die Höreinbußen zeitnah erfassen (Tab. 1).

### Eine aktuelle Längsschnitt-Untersuchung

In der jüngsten Längsschnitt-Untersuchung aus Großbritannien konnten in einem zweischrittigen Vorgehen mithilfe einer Handy-App die Daten von über 1600 Betroffenen mit den Symptomen eines M. Menière gesammelt werden. So wurden per Handy-App in der ersten Phase (Februar 2014 bis Oktober 2015) bei 1031 Patienten Eigenangaben zu den subjektiven Symptomen des Morbus Menière gesammelt. Abgefragt wurde dabei die wahrgenommene Schwere jedes Symptoms (Schwindel, Hörvermögen, Hörverlust und Tinnitus) von 0 (keine oder minimale Symptome) bis 10 (höchste Schwere) pro Tag. Während dieser Phase I wurde ausdrücklich nicht nach Stress gefragt. Statt-

dessen wurde mit einer Ja/Nein-Antwort die Frage gestellt: „Haben Sie heute etwas Ungewöhnliches getan?“

Die für die zweite Phase überarbeitete Handy-App fragte von Januar bis Dezember 2016 zusätzlich 695 Patienten, ob sie ihre Symptome als einen Anfall betrachten, mit den Antwortmöglichkeiten ja oder nein. Zudem wurden die (vermutete und subjektiv erlebte) Schwindel-Attacken-Schwere (leicht, mittelschwer oder schwer), die erlebte Schwindel-Dauer (0 bis 24 Stunden) sowie die Schlafdauer (Dauer und Qualität) abgefragt.

Speziell zu dem Komplex „Stress“ wurden drei Fragen aus dem Stressleveltest (Perceived Stress Test) von Cohen und Williamson (1998) benutzt: Wie oft haben Sie heute die folgenden Gefühle erlebt:

- 1) Nervosität und Stress;
- 2) das Gefühl, dass Sie mit all den Dingen, die Sie zu tun hatten, nicht fertig werden konnten?
- 3) das Gefühl, dass sich Schwierigkeiten so stark häuften, dass Sie sie nicht überwinden konnten?

Die Teilnehmer konnten antworten mit den Optionen: Nie, fast nie, manchmal, oft und sehr oft. Diese Informationen konnten sie einmal pro 24 Stunden eingeben, in Phase II auch noch drei Tage später, es bestand jedoch kein Zwang, die App jeden Tag zu verwenden. Die Daten wurden Regressionsanalysen unterzogen, um Zusammenhänge zwischen ungewöhnlichen Ereignissen, Stress und Anfällen sowie den (subjektiv erlebten) Menière-Symptomen zu untersuchen.

### Ergebnis

In dieser Längsschnittstudie mit über 1600 Teilnehmern fanden Yeo et al. (2017) heraus, dass ungewöhnliche Ereignisse und alltägliche belastende Erfahrungen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Schwindel-Anfällen sowie mit einer erhöhten Schwere der Menière-Symptome einhergehen.

Die Wahrscheinlichkeit, einen Anfall zu erleiden, erhöht sich – berechnet – um den Faktor 2,94 (Odds = 2,94; 95 % Konfidenzintervall: [2,37; 3,65]), wenn über ein ungewöhnliches Ereignis berichtet wurde (im Vergleich zum Ausbleiben eines ungewöhnlichen Ereignisses). Mit dem Anstieg des Stresslevels

um eine Einheit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, einen Anfall zu erleiden, um das 1,24-Fache (Odds = 2,94; 95 % Konfidenzintervall: [1,20; 1,28]). Erhöhter Stress erhöhte auch die Wahrscheinlichkeit, 24 Stunden später einen Anfall zu bekommen (Wahrscheinlichkeit eines Anfalls 1,1-mal höher mit jedem Anstieg des Stresslevels 24 Stunden zuvor um eine Einheit).

### Grenzen und Einschränkungen der Studie

So beeindruckend die Größe der Datenbasis ist, so hat diese Studie dennoch mehrere Schwachstellen. Zur Teilnahme an der Untersuchung reichte die Selbstangabe eines Morbus Menière aus. Es wurde nicht nach einer medizinischen Sicherung der Diagnose gefragt. Leider bliebe selbst dann noch die Diagnose eines Morbus Menière problematisch genug.

Alle Angaben waren sehr subjektiv. Sie wurden nicht durch objektivierbare Untersuchungen, etwa durch einen Hörtest oder Kriterien eines organischen Menière-Anfalls, wie das Vorliegen eines (horizontalen) Nystagmus, Umfallen beim Aufstehen etc., abgesichert. Zudem kamen wohl viele Patienten überwiegend über die Mobilisierung der Menière Society, der englischen Selbsthilfegruppe, zur Untersuchung, was das Ergebnis zumindest tendenziös verändern kann.

Es kann also sein, dass zwar korrekt die Symptome eines M. Menière abgefragt wurden, die Betroffenen aber dennoch – ohne sich dessen bewusst zu sein – mit der Wahrnehmung eines reaktiv erlernten und erlebten psychogenen Schwindels und Hörgeschehens geantwortet haben (siehe Kasten, Seite 30). Die Aussage der Studie müsste also genauer heißen: Ungewöhnliche Ereignisse und alltägliche belastende Erfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine **Meldung** von *subjektiv erlebten Schwindel-Anfällen* sowie einer gesteigerten Bewertung der Schwere der vier Haupt-Menière-Symptome (kursiv durch den Autor). Das mindert nicht den Wert dieser hervorragenden und umfangreichen Studie, es muss nur vor Verkürzungen gewarnt werden, die aus der Unklarheit zwischen Ursache und Erscheinung resultieren könnten.



### Entstehung eines reaktiv psychogenen Schwindels

Im ersten Schritt löst ein Innenohr-geschehen den Schwindel und seine Begleiterscheinungen aus. Bei entsprechender Sensibilität können später die Begleitumstände des Schwindelgeschehens – für den Betroffenen vollkommen unbewusst – dieselben Symptome auslösen wie ein organisch bedingter Schwindelanfall. (Schaaf, 2017)

### Wünsche an eine mögliche Phase III der Studie

Wenn es möglich wäre, nach den ersten beiden Phasen der Studie noch eine weitere durchzuführen, könnten einige Ergänzungen hilfreich sein, um besser zwischen einem organisch bedingten Schwindelanfall und einem eher (reaktiven) psychogenen Schwindelgeschehen unterscheiden zu können:

- Als Teilnahme-Voraussetzung Absicherung der Diagnose durch einen Facharzt,
- eine Abklärung und Aufklärung, zumindest ein Infoblatt über den Unterschied zwischen M. Menière und der Vestibulären Migräne, dem Lagerungsschwindel und dem reaktiv psychogenen Schwindel,
- Zusatzfragen zu einem vermuteten Anfall (Wie wird die Umwelt im Anfall wahrgenommen? Dreht sich die Umgebung? Dreht sich die Umgebung in der Horizontalen von links nach rechts oder umgekehrt? etc.),
- optimal wäre eine Aufzeichnung der Augenbewegungen im Anfall etwa mit einem Handy durch einen dann Anwesenden, die dann an die Untersucher gesendet werden kann,
- Zusatzfragen zu einem (subjektiv erlebten) Hörverlust,
- Zusatzfragen zur Tinnitus-Lautheit,
- mögliches zusätzliches Testinventar zur Angst- und Depressionskomponente.

Dies alles stellt neben der Zeit und den nötigen finanziellen Mitteln auch hohe Anforderungen an Technik und Statistik. Zudem wird jede als zu viel empfundene Frage die Teilnahme und Durchhaltebereitschaft mindern, wenn nicht ihr direkter Nutzen oder eine andere Belohnung in Aussicht steht. Letztere

könnte allerdings darin bestehen, eine tatsächlich wirksame Therapie zu bekommen oder einen schnelleren Termin bei einem kundigen Arzt, mit dem das Krankheitsbild und die möglichen Interventionen besprochen werden können.

### Was folgt daraus therapeutisch?

Bis das Innenohr zum Erliegen kommt – oder therapeutisch etwa mit Gentamycin zum Erliegen gebracht werden kann – müssen die Betroffenen einen Umgang mit einschränkend erlebten inneren oder äußeren Anforderungen finden. 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 oder zu einer psychischen Erkrankung. Einen Menschen macht mehr aus als seine Erkrankung – auch beim M. Menière. So konnte Savastano (1996) zeigen, dass manche Menière-Patienten wie eine gesunde Gruppe reagieren und andere sehr auffällige Werte aufweisen.

Wenn aber 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 (2007) die gedankliche und intrapersonelle Auseinandersetzung mit dem Problem. Hilfreich sind die Aktivierung der Gegengewichte zum Stresserleben, eine ausreichende soziale Unterstützung – zu Hause oder auch in einer Selbsthilfegruppe. Dazu ist nach Cobb (1976) 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 Netzwerkes und einer gegenseitigen Bindung zu sein.

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 es wird auf eine Veränderung gehofft.
- (Heilsame) Resignation: Der andauernde Stressor wird passiv ertragen, es werden

keine (sinnlosen) Verbesserungsversuche unternommen.

### Akzeptanz und Änderungen der Perspektive

Wenn dies gelingt, kann man trotz aller Einschränkungen auch mit dem Morbus Menière ein lebenswertes Leben führen. So fand Tyrrell 2015 heraus, dass sich bei den meisten Betroffenen die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden deutlich mit Dauer der Erkrankung verändern. Dabei schnitten Patienten mit einer länger bestehenden Morbus-Menière-Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit Kurzem bestehenden Problematik. Dies weist darauf hin, dass es Bewältigungsstrategien gibt, die helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten. So können die Veränderung der Perspektive und die Wiederherstellung eines neuen Gleichgewichts – ganz im Sinne der Ursprungsdefinition Selyes – die Wende in der Not einleiten. Vermeidung, vor allem von Situationen und Anforderungen, bei denen vermehrter Schwindel empfunden wird, ohne dass dies ein Menière-Schwindel ist (Tab. 1), macht das Problem nur größer. Vieles hängt von den Verarbeitungsmöglichkeiten, dem Wissen um die Erkrankung und dem Umgang damit und nicht zuletzt dem Umfeld ab.

Kontakt zum Autor:



Dr. med. Helmut Schaaf  
Leitender Oberarzt der  
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
und der Gleichgewichtsamбуlanz  
der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail: [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)  
[www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net)  
[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 3/2018“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.