

H Schaaf und D Beyrau

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

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 (F.A.Z. und Techniker Krankenkasse 2009). 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 (Staab 2010).

Als M. Menière wird eine Erkrankung des Innenohres mit einem Endolymphhydrops bezeichnet, die mit Drehschwindelattacken bei und einem meist zunehmenden Verlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen einhergeht. Leitsymptom sind die Drehschwindelanfälle, die oft mit heftigem Erbrechen, Hörstörungen und einem typischerweise 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. Hinzukommen können ein reaktiv-psychogener Schwindel mit depressiven Verläufen und Angstkorrelaten sowie ein gutartiger Lagerungsschwindel (Schaaf 2017).

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 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
- ob etwas, „was mich aufregt“ oder belastet, zu mehr Schwindelempfinden führt, ohne das 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, z.B. die folgenden Kriterien an die Hand geben müssen:

		Innenohrbedingter Schwindel – Anfall	Psychogener Schwindel Zustand
<b>Eigenes Erkennen</b>	Fixieren eines festen Gegenstandes	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
<b>Ärztlich - psychologisches / Psychosomatisches Erkennen</b>	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,	Angst Panik meist im Vordergrund

**Tabelle:** Unterscheidungsansätze zwischen einem organisch bedingtem Schwindelanfall und einem eher psychogenen Schwindelgeschehen

Optimal wäre auch die Kontrolle der Augenbewegungen im Anfall, durch einen geschulten Untersucher oder durch eine Videoaufzeichnung, gewesen.

2

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 (2010)** in dem Buch von Ruckenstein (2010) zum Thema „Stress bei Menière-Patienten“ bis auf die analytischen Arbeiten von Schilder (1942) und Fowler und Zeckel (1952) zurück.



..... (was hier fehlt, findet sich in Schaaf (2017): M. Menière. Springer Verlag . S. 71 ff)

**Andersson (1997)** fand über durchschnittlich 194 Tage keinen – selbst berichteten - zeitlichen Zusammenhang zwischen einem Stresserleben und einer verstärkten Menière Symptomatik, außer bei einer kleinen Gruppe von 7 Patienten.

**Sodermann (2004)** 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 (2004)** und **Salim (2007)** 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 (2010)** - 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 (2010, S. 137)**, sprechen die Studien von **Andersson (1997)** und **Sodermann (2004)** eher gegen den Nachweis einer – allgemeinen - Stressthese bei M. Menière. Dennoch schlössen 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 (**Staab 2010, S. 138**). 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 individueller Vulnerabilität und der Umwelt könnten – positiv oder negativ – die psychische und mentale Gesundheit beeinflussen. Tatsächlich wird schon nach genetischen Besonderheiten gesucht (**Teranishi et al 2012**), zumindest hinsichtlich stressrelevanter Gene wurde bisher keine Abweichung von anderen gefunden.

Damit schließt sich – auch in der Übersichtsarbeit von **Staab (2010)** - wieder der Kreis zu den Persönlichkeitseigenschaften, die heute „weniger“ in einem psychotherapeutischen Gespräch ermittelt, sondern mehr in Fragebögen ausgetestet werden.

.....

### **Neurosen und die Verarbeitung eines M. Menière**

Möchte man mit **Staab (2010)** 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.

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

So werden etwa gut bis hochstrukturierte 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 narzistischen oder schizoiden Grundstruktur können die Erkrankung als existentielle 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 entgegen zu stellen.

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 (2015)** modellhaft die mechanische Belastbarkeit der Anteile des Gleichgewichtsorgans austestet.

4

.....

#### **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 (1996)** zeigen, dass manche Menière Patienten wie eine gesunde Gruppe reagieren und andere sehr auffällige Werte zeigen.



**Abbildung:** Ein Mensch mit M. Menière besteht aus mehr als nur seiner Innenohr Erkrankung

Auch darf man unterstellen, dass die Entwicklung des Seelischen vor der Menièreschen Erkrankung stattgefunden hat und dass das bis dahin Mitgebrachte und Erlernete 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 Menière 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 entsprechenden 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 Menière

So ist die Veränderung der Perspektive und die Wiederherstellung eines neuen Gleichgewichts – ganz im Sinne der Ursprungsdefinition **Selyes**. Hilfreich sind dann 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

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 ggf. psychotherapeutisch unterstützt werden. Dabei kann man durchaus und realistisch – problemorientiert - an der Ausschaltung der Schwindelquelle arbeiten – wenn man sich hinsichtlich der daraus erwachsenden Konsequenzen schlau macht<sup>1</sup>. 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

---

<sup>1</sup> <http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20zu%20Patel%20und%20Bronstein%20Intratympanales%20Kortison%20vs%20Gentamycin.pdf>  
<http://www.drhschaaf.de/Gentamycin%20bei%20M%20Meniere.pdf>

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

**M. Menière** ist eine gutartige, wenn auch meist voranschreitende Erkrankung des Innenohres (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 beim M. Parkinson, der Multiplen Sklerose, einem Alzheimer

Der Attacken-Schwindel kann im Anfall effektiv unterdrückt werden, z.B. 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 Cortison).

Der meist zunehmende Ausfall eines Gleichgewichtsorgans kann – u.a. mit therapeutischer Unterstützung,- meist gut kompensiert werden.

Die – meist einseitige - Schwerhörigkeit kann in aller Regel mit Hörgeräten, ggf. mit einem CROS-Gerät oder Cochlea Implant 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 ggf. selbst die Augenbewegungen bei einer Schwindelattacke filmen zu können.

Das Führen eines Autos ist nicht mehr erlaubt.

„emotionsorientiertes Coping“. Damit meinen **Litzcke und Schuh (2007)** 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

Tyrrell fand 2015, 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 (2009), Dibb u. Yardley (2006) und Stephens (2007) bei Patienten mit einem länger bestehenden M. Menière auch eine Neuorientierung zur Familie und Freunden und 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, Hågnebo C, Yardley L.](#) (1997) Stress and symptoms of Menière's disease: a time-series analysis. [J Psychosom Res.](#);43(6):595-603.
2. Cobb S (1976): Social support as a moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38: 300-314
3. [Dibb B](#) (2009) Positive change with Ménière's disease. [Br J Health Psychol.](#) 2009 Nov; 14(Pt 4):613-24.
4. [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.](#) 2006 Sep;63(6):1602-13. Epub 2006 May 22.
5. Eckhardt-Henn A., Steinhorst N., Krauthauser H. (1997) Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit der Leitsymptomatik Schwindel. *Psychother Psychosom Med Psychol*, Nov, 47(11) 403–409.
6. Hågnebo 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.* 1997;26:69–76.
7. Hoffmann SO, Hochapfel G (1991) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. 4. Auflage, UTB Schattauer, Stuttgart
8. Lamparter U (2002) Schwindel. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 354–361
9. Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, appraisal and coping. Springer, New York
10. Lazarus RS, Launier R (1978) Stress related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M: Perspectives in international psychology. Plenum, New York
11. Litzcke SM, Schuh H (2007) Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz. 4. Auflage, Springer, Heidelberg
12. Mazurek, B, Szczepek, A.J, Hebert, S (2015) Stress and Tinnitus. HNO. 258-265
13. 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
14. Orji, FT (2014) The Influence of Psychological Factors in Meniere's Disease. [Ann Med Health Sci Res.](#); 4(1): 3–7
15. [Pender DJ.](#) (2015) Membrane Stress in the Human Labyrinth and Meniere Disease: A Model Analysis. [Int Arch Otorhinolaryngol.](#) 19(4):336-42.
16. Richter P, Hacker W (1998): Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Roland Asanger, Heidelberg
17. Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004): TICS: Trierer Inventar zum chronischen Stress. Manual, Hogrefe, Göttingen
18. Seydel C, Reißhauer A, Haupt H, Klapp BF, Mazurek B (2006): Stress bei der Tinnitusentstehung und –verarbeitung. HNO: 709-714
19. Selye H (1946) The General Adaptation Syndrome and diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology* 6: 117-230
20. Selye H (1955) Stress and disease. *Science* 122: 625-631

**Schaaf und Beyrau: Der Einfluss von Stress auf M. Menière-Patienten**  
**Ausschnitte aus einem Manuskript für eine ausführliche Übersicht im Forum HNO 8/2017**

21. Soderman AC, Moller J, Bagger-Sjoback D (2004) Stress as a trigger of attacks in Menière's disease. A case-crossover study. *Laryngoscope* 114(10) 1843–1848
22. 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) 300-4
23. Teranishi M, Uchida Y, Nishio N, Kato K, Otake H, Yoshida T, Suzuki H, Sone M, Sugiura S, Ando F, Shimokata H, Nakashima T. (2012) [Polymorphisms in genes involved in oxidative stress response in patients with sudden sensorineural hearing loss and Ménière's disease in a Japanese population.](#) *DNA Cell Biol.*31(10):1555-62.
24. Schaaf, H (2017) *M. Menière*. 8-Aufl. Springer, Heidelberg
25. [Stephens D](#), [Kentala E](#), [Varpa K](#), [Pyykkö I](#). (2007) Positive experiences associated with Ménière's disorder. *Otol Neurotol.* 2007 Oct;28(7):982-7.
26. Staab, J (2010) Psychological Attributes of Ménière's Disease. In: Ruckenstein, Michael J. (2010) *Ménière's Disease. Evidence and Outcomes*. Plural Publishing. San Diego, Oxford, Brisbane. 135-147
27. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1992) *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber