



Psychosomatik bei an M. Menière Erkrankten

Helmut Schaaf

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

In diesem Beitrag

– Klinik und Symptome

Die Organik überdauernder psychosomatischer Schwindel • Risikogruppe • Reaktiver psychogener Schwindel • Auslöser • Verfestigung eines reaktiven psychogenen Schwindels

– Therapie

Ausgangslage • Aufklärung • Begleitung • Unterstützung der Hörfunktion • Beziehungsgestaltung im Schwindel • Art und Zeitpunkt der Aufklärung • Mögliche Fallen in der Kommunikation • Verlauf • Perspektiven der Betroffenen

– Ausblick für die Ärzteschaft

Zusammenfassung

Hintergrund: Unvorhersehbarer Attackenschwindel mit oder ohne Erbrechen, einseitiger Hörverlust und Tinnitus kennzeichnen eine Innenohrerkrankung, die als M. Menière klassifiziert wird. Während die pathologische Endstrecke mit dem cochleovestibulären Hydrops erkannt scheint, bestehen hinsichtlich der multifaktoriellen Pathogenese viele Unsicherheiten. Sicher ist, dass die Erkrankung Auswirkungen über den Anfall hinaus haben kann, die den Umgang mit bisherigen Selbstverständlichkeiten infrage stellt. Es kann zu einem – die Anfälle überdauernden – Schwindel im Sinne von „persistent perceptual and postural dizziness“ [19] und des reaktiven psychogenen Schwindels [18] kommen, sodass im Verlauf ein Mischbild aus organischem und psychogenem Schwindelerleben entstehen kann. Hinzukommt eine erhöhte Angst- und Depressionskomorbidität. Verlauf, Erleiden und Erleben des M. Menière hängen wesentlich von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien sowie – auch dem ärztlichen – Umgang mit den Erkrankten ab, die in ihrer Not ein kundiges und sicheres Gegenüber suchen und brauchen. **Ziel der Arbeit:** Deswegen sollen hier ausführlicher die Auswirkungen auf die Betroffenen und Anregungen für einen möglichst hilfreichen Umgang mit von M. Menière Betroffenen geschildert werden.

Schlüsselwörter

Überdauernder Schwindel • Psychosomatische Erkrankungen • Reaktive Depression • Schwindel • Bewältigungsfähigkeiten

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00106-024-01484-1>) enthält zusätzliche Informationen.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Klinik und Symptome

Ein klinisch sicherer M. Menière kann nach der Bárány-Klassifikation [8] angenommen werden bei

- 2 oder mehr spontanen Schwindelattacken von 20 min bis 12 h Dauer,
- einem audiometrisch dokumentierten Hörverlust der tiefen bis mittleren Frequenzen im betroffenen Ohr, mindestens einmal vor, während oder nach einer Schwindelattacke, mindestens 35 dB oder um mindestens 30 dB über der kontralateralen Schwelle, und zwar in mindestens 2 benachbarten Frequenzen unterhalb von 2000 Hz,
- fluktuierenden auditiven Symptomen (Hörvermögen, Tinnitus, Völlegefühl) im betroffenen Ohr.

Voraussetzung ist, dass die Symptome nicht besser durch eine andere Diagnose erklärt werden können.

Die Häufigkeit der organisch bedingten Attacken kann dabei von mehrmals pro Monat bis zu sehr seltenen, nur alle paar Jahre auftretenden Anfällen schwanken. Im Laufe eines Menière-Geschehens kann es in 3–7 % der Fälle auch zum plötzlichen Stürzen („drop attack“) aus völligem Wohlbefinden ohne jedes Vorwarnzeichen kommen [11].

» Die Symptomatik der Erkrankung ändert sich im Verlauf

Wichtige Differenzialdiagnosen sind die Basilaris-Migräne und cochleäre Hydrops-erkrankungen (Endolymphschwankungen) ohne vestibuläre Symptome [3].

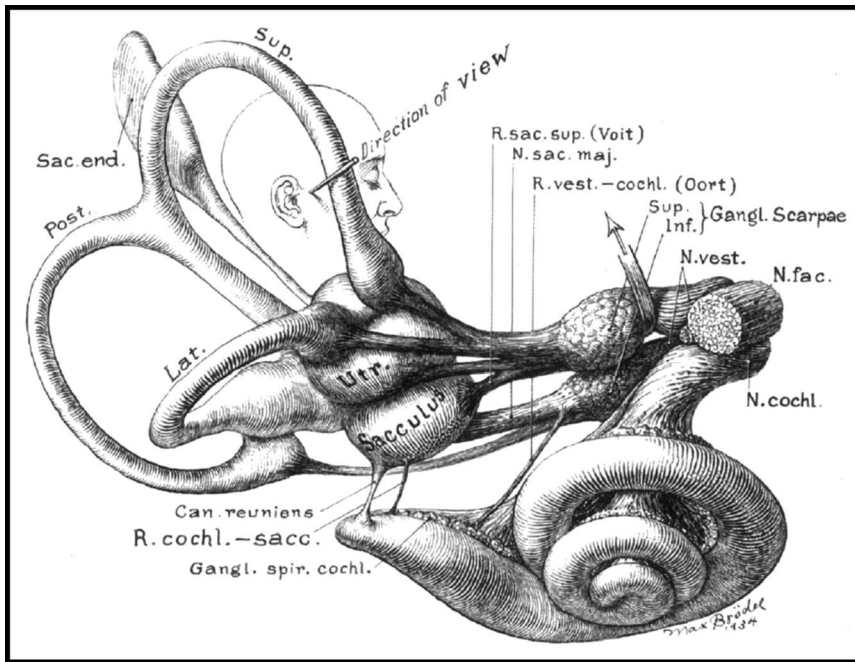


Abb. 1 ▲ Das menschliche Labyrinth. Erkennbar ist auch der Mensch *hinter* dem Gleichgewichtsorgan. Max Brödel, 1934

Die Symptomatik der Erkrankung ändert sich im Verlauf.

- Der Attackenschwindel nimmt (in aller Regel) ab.
- Es kommt zu einer meist einseitigen vestibulären Hypofunktion.
- Der Hörverlust nimmt (meistens) zu.
- Es kann ein überdauerndes Schwindelgefühl überhandnehmen.

Das Schwindelgefühl schildern die Betroffenen 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 bestimmten Situationen kann dieses Gefühl wie ein Menière-Anfall erlebt werden.

Wenig erstaunlich ist, dass die Häufigkeit und die Unvorhersehbarkeit der erlebten Schwindelattacken Einfluss auf die psychische Verfassung hat (Abb. 1). So weisen Patienten mit wiederholten Schwindelanfällen vermehrt Angsterkrankungen und Depressionen auf [7, 23].

Hinzukommen können häufigere Erkrankungen, die mit Schwindel einhergehen, wie ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS), eine Migräne, eine Polyneuropathie oder Augen- und

Kreislaufferkrankungen, die eine andere Behandlung benötigen.

Die Organik überdauernder psychosomatischer Schwindel

Der M. Menière ist ein Beispiel dafür, wie sich aus einem dramatischen organischen Schwindelgeschehen eine zunehmende überdauernde und reaktiv psychogene Schwindelkomponente entwickeln kann. Dabei spielen die Elemente einer fehlenden Rückanpassung an die im Anfall sinnvolle Hemmung der vestibulären Funktionen eine wichtige Rolle. Dies hat wesentlich die Arbeitsgruppe um Staab herausgearbeitet [19, 22] und als „persistent perceptual and postural dizziness“ (PPPD) klassifiziert [20].

» Als wesentlicher aufrechterhaltender Faktor konnte das Angstsystem herausgearbeitet werden

Staab et al. [21] gehen davon aus, dass das zentrale Nervensystem in der Lage ist, bei Gleichgewichtskrisen dysfunktionale Impulse aus dem betroffenen Anteil zu hemmen. Als wesentlicher aufrechterhaltender Faktor konnte das Angstsystem he-

rausgearbeitet werden, dass (unbewusst) die Balance (Ausgleichsbewegungen) beeinflussen kann (Abb. 2). Das limbische System hat bei Angst – auch ohne organische Schwindelquelle – die Möglichkeit, die Schwelle für Impulse aus den Gleichgewichtsorganen zu erhöhen. Wenn diese primär sinnvollen Adaptationen nicht aufgegeben werden können („ausgebliebene Readaptation“), dominieren im Gleichgewichtssystem das visuelle und propriozeptive System. Da das visuelle System nur in einer unbewegten Umwelt als Referenz zur räumlichen Orientierung in der Lage ist, führt eine „visuelle Dominanz“ zur Destabilisierung, sobald die Umwelt in Bewegung ist, etwa mitten im Auto- oder Fußgängerverkehr. So können fälschlich Scheinbewegungen wahrgenommen werden.

Die Überforderung des visuellen Systems hat auch Auswirkungen auf Tätigkeiten, die normalerweise nicht mit einer eingeschränkten Leistung des vestibulären Systems in Verbindung gebracht werden würden. Das gilt für Aufgaben mit komplexen und präzisen Anforderungen wie etwa Computerarbeiten oder lange Autofahrten. Das zieht wiederum eine größere Ermüdbarkeit der Seheistung, ggf. Kopfschmerzen und eine größere Erschöpfbarkeit, nach sich.

Deswegen müssen Anpassungsleistungen, die im akuten Stadium sinnvoll sind, wieder aufgegeben werden, wenn die Störung beendet ist. Das ist beim akuten Anfall eines M. Menière – anders als bei einem Wochen anhaltenden Gleichgewichtsausfall – „relativ“ schnell gegeben. So ist nach einer akuten Menière-Attacke organisch meist schnell eine komplette Wiederherstellung im Bewegungsverhalten möglich. Auch sind die Gleichgewichtseinbußen, die nach den einzelnen Anfällen bleiben, i. d. R. jeweils so klein, dass sie während der anfallsfreien Zeit ausgeglichen werden können.

Eine anhaltende Hemmung und damit ein anhaltendes Schwindelgefühl kann z. B. bleiben, wenn die Angst überdauert. Dabei kann die Angst das Leben auch vorher schon begleitet haben oder sich mit dem Schwindel entwickeln und verstärken. Die Angst und Vorsicht koppeln sich oft ungünstig mit einem Vermeidungsverhalten, was wiederum dazu führt, dass bestehende Fähigkeiten nicht mehr genutzt

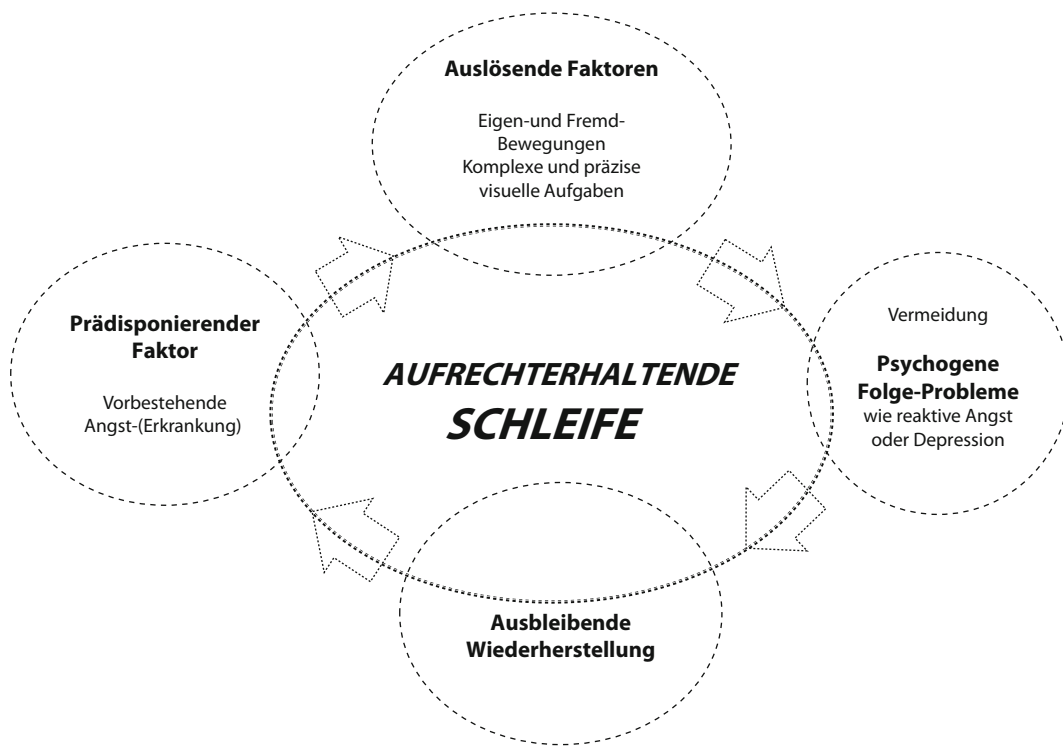


Abb. 2 ◀ Die von Staab 2012 beschriebene „aufrechterhaltende Schleife“ von „ausbleibender Wiederherstellung“ und bewegungsabhängigen „auslösenden Faktoren“. (Adaptiert nach [21])

und ein Stück weit „verlernt“ werden. Im extremen Fällen führt das zum „Liegenbleiben“, weil Bewegungen als Schwindel erlebt werden. Dies kann zu einer permanenten Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize mit einem anhaltenden Sicherungsverhalten führen. Die gleichen Faktoren erhöhen das Risiko für eine Angsterkrankung oder depressive Reaktion – und dann wieder für eine Fehladaptation. Im ungünstigsten Fall kann sich eine aufrechterhaltende Schleife von ausbleibender Wiederherstellung und bewegungsabhängigen auslösenden Faktoren verfestigen. Dann bleiben die Betroffenen subjektiv und überdauernd in einem beständigen Zustand der Fehladaptation.

Risikogruppe

Wer ist gefährdet? Ein Grund für eine solche Entwicklung kann sein, dass man fürchtet, dass der „Menière“ als Anfall – oder in seinen Auswirkungen – doch noch nicht zu Ende ist. Ein weiterer Grund ist, wenn dauerhaft die Furcht bleibt, dass bald eine nächste Attacke kommen wird. Beides kann ungünstig „verstärkt“ werden durch real wiederholte organische Ereignisse, was bei einem M. Menière vorkommt, auch wenn diese meistens

deutlich seltener sind, als „in der angstvollen Beobachtung“ befürchtet wird. Darüber hinaus kann die Entwicklung hin zu einem wieder funktionierenden Gleichgewicht verzögert werden bei

- wenig eigener und professionell vermittelter Zuversicht in den Erfolg,
- gleichgewichtshemmenden Medikamenten „gegen den Schwindel“ statt Gleichgewichtsübungen,
- Übersehen einer möglicherweise vorbestehenden oder sich mit dem Schwindel entwickelnden psychischen Beeinträchtigung,
- Vermeidung von Aktivitäten, die weiter möglich und nötig sind, um wieder auf die Beine zu kommen.

Reaktiver psychogener Schwindel

Hinzukommen Konditionierungseffekte, wie sie bei einem reaktiven psychogenen Schwindel wirksam werden [18]. Dazu variieren die Bezeichnungen, ob sie nun sekundärer phobischer Attackenschwindel [1], somatoformer Schwindel [2], funktioneller Schwindel oder reaktiv psychogen genannt werden [18]. Der Wirkmechanismus für den reaktiven psychogenen Schwindel ist u.a. über die Mechanismen einer klassischen Konditionierung gut er-

klärbar. So löst im akuten Menière-Anfall das Endolymphgeschehen zunächst

- Schwindel, i. d. R. als Drehschwindelanfälle,
- und einen i. d. R. tieffrequenten Tinnitus
- sowie einen Hörverlust aus.

Die Heftigkeit und Bedrohlichkeit der Symptome, denen sich der Patient v. a. vor Diagnosestellung völlig hilflos ausgeliefert sehen muss, führt zeitnah zu

- Unsicherheit,
- Angst bis Panik,
- mit den damit verbundenen vielfältigen vegetativen Symptomen.

Auslöser

Da der Menière-Anfall immer in einer konkreten, wie auch immer gearteten Situation auftritt, kann es dazu kommen, dass die ursprünglichen Begleitumstände und „Reize“, die bis dahin keinen direkten kausalen Bezug zum Menière-Geschehen hatten, nun selbst zum Auslöser von Angstreaktion und Schwindelerleben werden (■ Abb. 3).

Wie in ■ Abb. 3 dargestellt, kann ein anfangs nur zeitgleiches Geschehen bei entsprechender Sensibilität und anschlie-

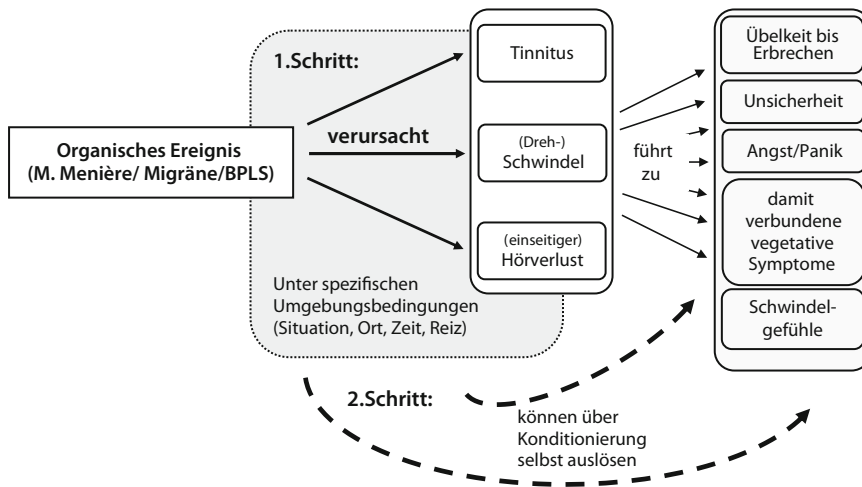


Abb. 3 ▲ Schritt 1 und Schritt 2 einer klassischen Konditionierung. Erläuterung s. Text, BPLS benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel. (Aus [14])

Bender adäquater Verstärkung selbst zum auslösenden Reiz werden.

Diese Begleitumstände sind oft:

- ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der auch dem organisch bedingten Anfall vorausgehen kann,
- plötzlich empfundene Hörverluste,
- aber prinzipiell jede mit den Schwindelanfällen verbundene Situation,
- oder ein einzelner „Reiz“ darin im Sinne der Lerntheorie.

Durch den meist sehr intensiv und aversiv erlebten Menière-Anfall mit Beteiligung von starken Angstgefühlen reicht manchmal eine einmalige Koppelung aus, um aus den genannten Begleitumständen selbst Auslöser eines jetzt gelernten, psychogenen Schwindels zu machen. Zudem können die Auslöser im Laufe einer „Reizgeneralisierung“ immer unspezifischer werden. Das bedeutet, dass schon ähnliche Situationen bzw. die darin auftretenden Reize zu Schwindel führen können.

Verfestigung eines reaktiven psychogenen Schwindels

Es müssen aber weitere Prozesse in der Verarbeitung der Erkrankung hinzukommen, die helfen zu verstehen, warum sich bei manchen Betroffenen ein reaktiver Schwindel entwickelt. Dazu können eine ungünstige kognitiv-emotionale Verarbeitung etwa mit einer niedrigen Einschätzung der eigenen Bewältigungskompe-

tenz oder auf die Krankheit zentrierte Aufmerksamkeitsprozesse beitragen.

Als ungünstige Grundannahmen können überdauernde Einstellungen dysfunktional noch verstärkt werden, z. B. „Ich bin nicht gut genug“ oder „Ich muss immer uneingeschränkt belastbar sein.“

» Dysfunktionale kognitive Grundannahmen tragen zur Verfestigung eines reaktiven psychogenen Schwindels bei

Ebenfalls nicht hilfreich sind irrationale Bewertungen und „systematische Denkfehler“ wie „Ich muss trotz meiner Erkrankung unanfechtbar sein und weiter Anerkennung bekommen.“ oder „Der M. Menière wird mein Leben zerstören.“ (ausführlich s. [14, S. 67–71]). Dysfunktionale kognitive Grundannahmen tragen also zur Verfestigung eines reaktiven psychogenen Schwindels bei.

Das häufigste Gefühl, das einen Schwindel begleitet, ist die Angst. Der Hauptfaktor für die anhaltende Angst bei Menière-Patienten ist die Unvorhersehbarkeit des Anfallgeschehens und der Kontrollverlust [2]. Hinzukommen können die empfundene Peinlichkeit, ggf. auch die Scham, von anderen in erbrechendem Elend beobachtet zu werden, sowie das Gefühl, gehandicapt zu sein.

Diese komplexe – und im Einzelfall oft schwer einzuordnende – Symptomatik wird häufig auch noch durch einen weiteren Aspekt verkompliziert: Angst und Pa-

nik können Patienten wiederum selbst wie Schwindel empfinden, was im ungünstigsten Fall einen dauerhaften, sich aufschaukelnden Prozess aus Schwindel-Angst und Angst-Schwindel einleiten kann.

Wichtig zu betonen ist, dass diese Mechanismen meist unbewusst und unabhängig von der Schwere des organischen Geschehens stattfinden [2]. So kann sich der psychogene Schwindel selbst dann verfestigen, wenn das Vestibularisorgan seine Funktion längst verloren hat. Solitten viele Menière-Patienten, die stationär in der Tinnitus Klinik Bad Arolsen behandelt wurden, mehr, länger und schwerwiegender unter dem psychogenen Schwindel als unter den – relativ seltenen – innenohrbedingten Drehschwindelattacken [14, 16].

Therapie

Ausgangslage

Erscheint ein M. Menière in seinem organischen Anteil so weit wie möglich gesichert, bleibt die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs. Ebenso bleibt eine therapeutische Unsicherheit, da es bis jetzt keine kurative Behandlung des M. Menière gibt. Dennoch bestehen viele Möglichkeiten, die Auswirkungen der Erkrankung so gut wie möglich abzumildern und Ausgleichmöglichkeiten zu schaffen.

» Therapie ist auf Dauer hilfreich

Dazu gehören

- die effektive Dämpfung des akuten Anfalls,
- zumindest hoffnungsvolle Ansätze hinsichtlich der intratympanalen Kortisontherapie,
- die immer besseren technischen Kompensationshilfen bei den Höreinschränkungen,
- die Möglichkeiten der Minderung und ggf. Ausschaltung der Funktion des Vestibularisorgans etwa mit intratympanalem Gentamicin, wenn die Schwindelanfälle überhandnehmen.

Therapie ist auf Dauer hilfreich.

Aufklärung

Im Verlauf der Erkrankung hängen das Erleiden und das Erleben der Erkrankung von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien ab. Diese bestehen sowohl im Ausgleich und der Kompensation des verlorenen Gleichgewichts als auch in der Wiedergewinnung einer möglicherweise veränderten Lebensqualität. Dabei hängt das Gefühl, die Krankheit in den Griff zu bekommen, auch von der erfahrenen Hilfestellung ab. Dazu muss nicht immer „etwas“ gemacht werden. Hilfreich ist aber, wenn die Betroffenen nachvollziehbar über das organische Geschehen und seine Auswirkungen aufgeklärt sind. Dazu kann man auch ein „Info-Blatt“ mitgeben (z.B. Supplement 1). Allein das kann schon zu Verbesserung im Umgang führen [27].

Begleitung

Es ist für Betroffene schon schwer genug, einen somatisch ausgelösten Schwindel zu verstehen und zu bewältigen. Es wird nicht leichter, wenn zusätzliche Faktoren hinzukommen. Deswegen kommt der Erklärung so großes Gewicht zu. So kann es befreiend sein, zu verstehen, warum sich bei einem körperlichen Schaden ein „Dauerschwindel“ entwickeln kann. Der Ansatz des PPPD hat das Verdienst, anhaltenden Schwindel von seiner organischen Komponente her zu betrachten und nicht „nur“ die als „zentral“ zu identifizierende Angstkomponente in den Fokus zu stellen. So kann ein anhaltender Schwindel nicht „nur psychologisch“ als mögliches Symptom der Angst verstanden werden, sondern wird fachkundig in seinem vestibulären Zusammenhang erklärt.

» Noch mal Aufklärung zu leisten und Begleitung anzubieten, das ist hilfreich

Gut ist, wenn der berechtigte Eindruck entstehen darf, dass man sicherer ist als die Erkrankten. Gleichzeitig kann ein Hinweis darauf, dass man bei bestimmten Fragestellungen an Grenzen stößt, ebenso wahrhaftig wie vertrauensbildend sein. Dabei darf man ärztlich durchaus auch auf begrenzende Zeitkontingente oder Zeiten

außerhalb der Kassenarztstätigkeit hinweisen. Noch mal Aufklärung zu leisten und Begleitung anzubieten, das ist hilfreich.

Können die Patienten ausreichend mit ihrem Krankheitsgeschehen umgehen, ist es sinnvoll und effektiv, sie in die Lage zu versetzen, sich selbst auf einen möglichen Anfall vorzubereiten. Dazu werden benötigt:

- Zäpfchen und Tabletten gegen die Übelkeit, z.B. Dimenhydrinat-Supp., bei „verlässlichen“ Patienten auch Lorazepam,
- eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt,
- 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 – sowohl ärztlich wie von Patientenseite. Das muss aber im anfallsfreien Intervall eingeübt werden (Anleitung s. Supplement 2; [15]). Zudem kann meist eine „Hörtest-App“ (z.B. die „Hörtest-App“) installiert werden. So kann auch das Hörvermögen während oder kurz nach dem Anfall überprüft werden.

Hilfreich ist auch für die Patienten, Anhaltspunkte zu haben, zwischen dem organischen Anfallsgeschehen und dem eher psychogenen Schwindelerleben unterscheiden zu können. Eine Möglichkeit ist, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen lässt und ob dabei gar der Schwindel im Kopf nachlässt. Da auch bei Menière-Patienten organische Anfälle selten sind, verbessert eine solche Überprüfung oft die Angst bei den häufigeren psychogenen Empfindungen.

Unterstützung der Hörfunktion

Es ist indiziert, auch bei einem fluktuierenden Hörverlust frühzeitig der Einschränkung und dem Verlust des Richtungshörens entgegenzutreten. Es kann einen besonderen Aufwand an Zeit, Kenntnis und Kooperationsbereitschaft erfordern, um zu einer guten Einstellung zu kommen, die auch die Schwankungen berücksichtigt.

Das ist inzwischen technisch weitestgehend möglich. Zudem gibt es eine Reihe von „Assistenzsystemen“ wie Richtmikrophone, die z.B. über Bluetooth mit dem Hörgerät gekoppelt werden können. Bei größeren Hörverlusten muss zur optimalen Nutzung des Hörgeräts eine „geschlossene Versorgung“ vorgenommen werden. Das unterbleibt zu oft. Dies liegt vielleicht daran, dass ein „verschlossenes“ Ohr in der Vorstellung des Patienten und vielleicht auch des Akustikers den Hörtragekomfort mindert. Dies ist verständlich, aber nicht sachgerecht und mindert die Hörfähigkeit. Bei einseitiger Taubheit können sog. CROS-Geräte („contralateral routing of signals“) helfen. Cochleaimplantate werden inzwischen schon früh angeboten und sind sicher hilfreich, wenn die nichtoperativen Unterstützungsmöglichkeiten erschöpft sind. Cochleaimplantate stoppen aber nicht den Verlauf eines M. Menière, wie manchmal missverstanden wird.

Beziehungsgestaltung im Schwindel

Wer trifft auf wen in der Arzt-Patienten-Begegnung? Bei einer Begegnung sind immer (mindestens) 2 unterwegs, wobei durch das Arzt-Patienten-Verhältnis vieles vorgegeben ist. Auf der Sachebene sucht der eine Aufklärung, Rat und eine möglichst wirksame Therapie, der andere bietet die – aus seiner Sicht notwendige oder ihm zur Verfügung stehende Diagnostik und macht Vorschläge und Anordnungen im Rahmen seiner Profession. Gleichzeitig begegnen sich 2 Menschen in einem hierarchischen Beziehungsgefüge, das u. a. durch den Sicherheitsverlust beim Schwindel auf der einen Seite und durch eine spezielle Kompetenz auf der anderen Seite charakterisiert ist.

Dabei gibt es mindestens eine Zwickmühle, in die jeder geraten kann: Zum einen ist es für einen Mediziner schon schwierig genug auszuhalten, „nicht heilsam“ sein zu können. Zum anderen ist da der oft an den Arzt herangetragene Druck, auf jeden Fall „etwas Hilfreiches“ anzuordnen oder zu tun.

Wenn sich der Arzt dann hinsichtlich des Verlaufs und der Therapie sicherer gibt, als er sein kann, kann dies zunächst seine von ihm verbal und nonverbal gegebene Botschaften verstärken. Dabei riskiert er aber

Tab. 1 Stadienabhängiger Umgang bei Patientinnen und Patienten mit M. Menière		
Behandlung	Günstig für Menière-Patienten	Ungünstig
Bei der Diagnostik	Diagnose auf möglichst sicherer Basis unter Abwägung der Differenzialdiagnosen (v. a. der Migräne) und Verwendung neurootologischer Diagnostik	Verdachtsdiagnosen ohne ausreichende Gewissheit stellen, etwa „monosymptomatischer M. Menière“
Nach der Diagnose	Nachvollziehbare Aufklärung, Hinweis auf Literatur und Selbsthilfegruppen	„Da kann man nichts machen“ „Damit müssen Sie leben“, ohne zu sagen, wie
Im Verlauf der Erkrankung	Bei allem Realismus ein Stück berechnete Hoffnung und v. a. angemessene Begleitung, frühzeitig intratympanal Kortisongaben	Einen schicksalhaften Weg in die Taubheit und einen beidseitigen Gleichgewichtsausfall prognostizieren
Bei Hörverlust	Hörgeräte anpassen lassen, auch zum Erhalt des Richtungshörens, ggf. frühzeitig CROS oder CI	Warten „bis zur stabilen Hörschwelle“
Bei Ausweitung der Angstkomponente	Aufklärung, Hinzuziehen psychotherapeutischer Unterstützung, Antidepressiva	„Bin ich nicht zuständig“
Bei Ausweitung der organischen Schwindelkomponente	Möglichkeit der sicheren Ausschaltung (intratympanales Gentamicin) Neurektomie des N. vestibularis	Wirkungslose chirurgische Eingriffe mit immer wieder enttäuschten Hoffnungen
CI Cochleaimplantat, CROS „contralateral routing of signals“		

eine Schein-Sicherheit auf dünnem Eis, die mit dem nächsten Schwindel einbrechen kann. Damit schwindet aber auch die an ihn delegierte Verlässlichkeit.

Hält der Arzt ehrlicherweise die Möglichkeiten offener, erhöht das die Wahrscheinlichkeit seiner Aussagen. Dafür schränkt es aber in der aktuellen Begegnung das Gefühl der Sicherheit ein. Die dabei vom Patienten möglicherweise als Unsicherheit erlebte Haltung, verbunden mit einem Nicht-hinnehmen-Wollen der Situation, kann dann zu einem Entschwinden aus dem Arztkontakt führen – und nicht selten zu einer verzweifelter Odyssee zu weiteren Experten, die weniger Zweifel an ihren Einschätzungen haben, ob berechtigt oder nicht.

» Manchmal kann das Schwindelerleben des Patienten sogar beim Behandler Schwindelgefühle auslösen

Dieses Dilemma – zusammen mit oft ambivalenten Beschützerimpulsen – könnte dazu führen, dass der Arzt oder die Ärztin in Versuchung geraten können, „etwas zu geben“, in der Hoffnung, dass mindestens die Placebowirkung hilft. Aber Achtung:

Enttäuschte Hoffnungen sind auch eine ernsthafte Nebenwirkung.

Manchmal kann das Schwindelerleben des Patienten sogar beim Behandler Schwindelgefühle auslösen. Dieses Phänomen der „Gegenübertragung“ ist in der Psychotherapie gut bekannt und kann als Diagnosehilfe benutzt werden. Es ist dennoch – für psychotherapeutisch weniger Erfahrene – „verunsichernd“. Dann können bei den Behandlern Abwehrwünsche und -reflexe gegen einen sie hilflos machenden „Schwindel“ der Patienten ausgelöst werden. Dann könnte man wie folgend, verbal oder nonverbal reagieren:

- „Ich kann Ihnen da auch nicht mehr weiterhelfen.“
- „Das ist nicht organisch (kein Menière), Sie schwindeln wohl.“
- „Wenn Sie mir nicht glauben, gehen Sie woanders hin, zum Spezialisten oder zum Psychotherapeuten.“

Dies kann dem verständlichen Selbstschutz dienen, ist aber ungünstig für den Patienten.

Art und Zeitpunkt der Aufklärung

Wann und wie sage ich „es“ dem Patienten? Wie kann man in diesem Gefüge

eine ausreichend tragende Grundlage ermöglichen? Das fängt schon bei der Frage an, ob und wann man die oft befürchtete Diagnose stellen kann und muss („Sagen Sie mir bitte nicht, ich hätte Menière“). Aus der inzwischen 30-jährigen – überwiegend psychosomatisch bestimmten – Erfahrung erscheint ein offener Umgang mit dem M.-Menière-Patienten günstiger als ein sorgenvolles Nichtansprechen. Das gelingt umso mehr, je glaubhafter man – auch sich selbst – verdeutlichen kann:

- Der M. Menière ist keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose, keine Krankheit des zentralen Nervensystems wie etwa ein „Schlaganfall“, keine fortschreitende multiple Sklerose oder ein M. Parkinson und auch kein zunehmendes Tumorleiden.
- Der M. Menière ist trotz der – meist einseitigen – peripheren Funktionsausfälle eine gutartige Erkrankung, bei der in aller Regel symptomatisch geholfen werden kann, ggf. auch mit Ausschaltung des Schwindelzentrums.

Mögliche Fallen in der Kommunikation

Ungut wäre, wenn bei den Patienten verbal oder nonverbal als Botschaft verstanden werden könnte:

- Zum Krankheitsbild: „Wir wissen nicht wirklich, was, wann und wie passiert.“
→ Dafür wissen wir dann doch zu viel.
- Zur Diagnostik: Es gibt noch viele in Frage kommenden Differenzialdiagnosen, aber die sind außerhalb meines Fachgebiets, da kann ich Ihnen nicht weiterhelfen.
→ Stattdessen könnte der Weg gewiesen werden.
- Zur Therapie: Die Auswahl der im Einzelfall richtigen Therapie für Menière-Patienten ist ein Problem. Aber nehmen Sie erst mal ...
→ Da bis heute unklar ist, was einen M. Menière ursächlich bedingt, müssen beide Seiten wissen, dass alle Therapieansätze symptomorientiert sind. Dabei ist es auf die lange Strecke sicher günstig, sich auf nachgewiesene wirksame Maßnahmen zu beschränken. So ergibt es Sinn, evidenzbasiert vorzugehen, auch wenn es kurzfristig oft entlassender erscheinen mag,

dem Patienten „etwas“ mitgeben zu können.

Hilfreich und evidenzbasiert beim überdauernden Schwindel ist die Durchführung eines Gleichgewichtstrainings [5]. Dieses gelingt eher unter Anleitung und in der Gruppe, etwa bei engagierten Physiotherapeuten. Diese Physiotherapie kann „bei Schwindel unterschiedlicher Genese: Leitsymptomatik: Gang- und Standunsicherheit, Verunsicherung, Angstzustände S03“ verschrieben werden.

Die Autoren haben seit der Studie der Londoner Arbeitsgruppe die Hoffnung, mit intratympanalem Kortison-Injektionen positive Effekte einleiten zu können [4, 9], auch wenn dies noch nicht den Status „evidenzbasiert“ haben kann [24, 25].

Wenn danach und trotzdem weiter Schwindelanfälle die Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit über ein tolerables Maß hinaus beeinträchtigen, bieten die Autoren intratympanale Gentamicin-Gaben an. Dies kann – evidenzbasiert – das periphere Schwindelzentrum in seiner Funktion mindern [10]. In niedriger Dosierung und im Wochenabstand beeinträchtigt dies die meist schon eingeschränkte Hörfunktion nicht mehr, als im „natürlichen Verlauf“ zu erwarten ist [6].

Ungünstig sind Medikamente, die Gleichgewichtsfunktionen dämpfen und die Habituation erschweren, dazu gehört auch ein Kombinationspräparat aus Cinnarizin und Dimenhydrinat mit seinem relevanten Dimenhydrinat-Anteil.

» Hilfreich ist ein Gleichgewichtstagebuch (nicht Schwindeltagebuch)

Bei einem überwiegend psychogenen Schwindel ist die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Diese wird umso eher aufgesucht, je weniger man sich dorthin abgeschoben oder verwiesen fühlt.

Verlauf

Was ist im Verlauf hilfreich? Die Organe im Blick behalten. Es ist wichtig, auch bei Menière-Patienten zu berücksichtigen, dass im Verlauf zu der seltenen Erkrankung oft eine häufige hinzukommen kann (■ Tab. 1). Dazu gehören ein BPLS, eine Migräne, eine Polyneuropathie oder Augen-

und Kreislauferkrankungen, die zwar mit Schwindel einhergehen, aber eine andere Behandlung benötigen.

Auch manche Menière-Diagnose steht auf wackligen Füßen und kann sich im Verlauf nicht selten als die Kombination anderer Erkrankungen erweisen. So sind Schwankungen im Tieftonbereich ohne Schwindel nur selten der Anfang eines M. Menière [17]. Hilfreich ist dabei, sich Tagebuchaufzeichnungen – möglichst in einem Gleichgewichtstagebuch (nicht in einem Schwindeltagebuch) – und Videoaufzeichnungen zeigen zu lassen.

Perspektiven der Betroffenen

Tyrell et al. [22] wiesen nach, dass die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden bei Menière-Patienten eine deutliche Korrelation zur Dauer der Erkrankung zeigen. So schnitten Patienten mit einer länger bestehenden M.-Menière-Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit Kurzem bestehenden Problematik. Dies weist in der Längsschnittkorrelation darauf hin, dass es Adaptationsstrategien geben könnte, die Langzeitbetroffenen helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten und die überaus verständlichen seelischen Beeinträchtigungen deutlich zu mindern. Die Autoren vermuten eine vermehrte soziale Unterstützung und soziale Interaktion, die dazu beitragen könnten, dass trotz der Symptomatik ein befriedigender Umgang mit dem Leben ermöglicht wird [22]. So kann die Unterstützung in Selbsthilfegruppen wie der KIMM e. V. (Kontakte und Informationen für Morbus Menière) und der Deutschen Tinnitus-Liga e. V. (DTL) kaum hoch genug eingeschätzt werden.

Ausblick für die Ärzteschaft

Was kann dem Arzt helfen? Hilfreich für Ärzte können sog. Balint-Gruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten, die im Schwindel an Sicherheit verlieren, gespiegelt wird [12, 13].

Der stadienabhängige Umgang bei Patientinnen und Patienten mit M. Menière wird in ■ Tab. 1 dargestellt.

Fazit für die Praxis

- Für eine sichere Haltung ist ein Grundverständnis auch psychischer Wirkmechanismen und deren Reflexion nützlich.
- In Balint-Gruppen wird fallzentriert die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten, die im Schwindel an Sicherheit verlieren, gespiegelt.
- Über ein darin geübtes psychosomatisches Verständnis wird es dann auch möglich, sich selbst nicht „beschwindelt“ zu fühlen, wenn der Patient den – für Außenstehende offensichtlichen – Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen kann.

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. Brandt TH, Dieterich M (1986) Phobischer Attackenschwindel. MMW Fortschr Med 128:247–250
2. Eckhardt-Henn A, Tschann R, Best C, Dieterich M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome. Nervenarzt 80:909–917
3. Gürkov R, Hornibrook J (2018) On the classification of hydropic ear disease. HNO 66:455–463
4. Harcourt JP, Lambert A, Wong PY, Patel M, Agarwal K, Golding JF, Bronstein AM (2019) Longterm follow-up of intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Menière's disease. Otol Neurotol 40(4):491–496
5. Hillier SL, McDonnell M (2011) Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular

- dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005397.pub4>
6. Huon LK, Fang TY, Wang PC (2012) Outcomes of intratympanic gentamicin injection to treat Menière's disease. *Otol Neurotol* 33:706–714
 7. Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, Strupp M, Jahn K, Dieterich M, Eckhardt-Henn A, Feueracker R, Dinkel A, Schmid G (2015) Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-307601>
 8. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, Newman-Toker DE, Strupp M, Suzuki M, Trabalzini F, Bisdorff A (2015) Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res* 25(1):1–7. <https://doi.org/10.3233/VES-150549>
 9. Patel M, Agarwal K, Arshad Q, Hariri M, Rea P, Seemungal BM, Golding JF, Harcourt JP, Bronstein AM (2016) Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *Lancet* 388:2753–2762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31461-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31461-1)
 10. Pullens B, van Benthem PP (2011) Intratympanic gentamicin for Menière's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008234.pub2>
 11. Pyykkö I, Manchaiah V, Zou J, Levo H, Kentalä E (2019) Association between syncope and Tumarkin attacks in Ménière's disease. *J Int Adv Otol* 15(1):135–140
 12. Schaaf H (2023) Balintgruppen in der HNO-Heilkunde. *Forum HNO* 6:419–431
 13. Schaaf H (2022) Der und die an M. Menière Erkrankte. Was könnte hilfreich sein? *CME. Forum HNO* 5(5):1–11
 14. Schaaf H (2022) M. Menière, 9. Aufl. Springer, Heidelberg. ISBN 978-3-662-64212-2 (300 S)
 15. Schaaf H (2021) Handy-Diagnostik in der Akutphase eines Morbus Menière. *LRO Tipps und Tricks*, S 10–11
 16. 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>
 17. Schaaf H, Hesse G (2007) Sind rezidivierende Tiefen-Hörverluste – ohne Schwindel – die Vorstufe eines M. Menière? Eine Längsschnittuntersuchung nach 4 und nach 10 Jahren. *HNO* 55:630–637
 18. Schaaf H, Haid C-T (2003) Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. *Dtsch Arztebl* 13:853–857
 19. Staab JP (2020) Persistent postural-perceptual dizziness. *Semin Neurol* 40(1):130–137. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402736>
 20. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, Bronstein A (2017) Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society. *J Vestib Res* 27:191–208
 21. Staab J (2012) Chronic subjective dizziness. *Continuum* 18(5):1118–1141
 22. Staab (2006) Assessment and management; of psychological problems in the dizzy patient. *Continuum*: 189–213
 23. Tumarkin L (1936) Otolithic catastrophe. A new syndrome. *Br Med J* 1:175–177
 24. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ (2015) Mental health and subjective well-being of individuals with

Psychosomatic medicine for patients with Meniere's disease

Background: Unpredictable attacks of vertigo with or without emesis, unilateral hearing loss, and tinnitus characterize the inner ear disorder that is classified as part of Meniere's disease (MD). While the pathological final stage with cochleovestibular hydrops seems to be certain as a component of MD, there are many uncertainties with respect to the multifactorial pathogenesis. It is certain that the disease can have effects in addition to the attack, which questions the treatment of things that were previously taken for granted. Persistent perceptual and postural dizziness [19] and reactive psychogenic dizziness [18] can occur, so that during the course of the disease, a mixed picture of organic and psychogenic dizziness can develop. In addition, there is an increased anxiety and depression comorbidity. The course, suffering, and experience of the disease depend essentially on the processing and the active acquisition of coping strategies as well as—also the medical—treatment of the patient(s), who in their distress seek and need a knowledgeable and reliable practitioner at their side.

Objective: The effects on the affected persons and suggestions for the most helpful treatment of Meniere's disease sufferers shall be described here in detail.

Keywords

Persistent Perceptual and Postural Dizziness (PPPD) · Psychosomatic disorders · Reactive depression · Dizziness · Coping skills

- Ménière's: cross-sectional analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol* 36(5):854–861. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000732>
25. Schoo DP, Tan GX, Ehrenburg MR, Pross SE, Ward BK, Carey JP (2017) Intratympanic (IT) therapies for Meniere's disease: some consensus among the confusion. *Curr Otorhinolaryngol Rep* 5(2):132–141
 26. Webster KE, Lee A, Galbraith K, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, MacKeith S, Ray J, Van Vugt VA, Westerberg B, Burton MJ (2023) Intratympanic corticosteroids for Ménière's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015245.pub2>
 27. Yardley L, Kirby S (2006) Evaluation of booklet-based self-management of symptoms in Ménière disease: a randomized controlled trial. *Psychosom Med* 68:762–769

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