

Der (reaktive) psychogene Schwindel

Eine wichtige Teilkomponente bei wiederholten M. Menière-Anfällen

Die Menière-Krankheit ist durch attackenweise Drehschwindelanfälle gekennzeichnet, die mit einer meist einseitigen Innenohrschwerhörigkeit, einem in der Regel tieffrequenten Tinnitus und fakultativ einem Druckgefühl in der Tiefe des Ohrs einhergehen. Die organische Endstrecke der Erkrankung stellt der endolymphatische Hydrops des Innenohrs dar. Die Inzidenz wird in Industrienationen mit ca. 1:1000 angegeben [22].

Bei wiederholten Menière-Attacken, die von den Patienten oft als existentiell bedrohlich erlebt werden, kann sich eine zusätzliche Schwindelkomponente einstellen, die allein durch das organische Geschehen nicht ausreichend erklärbar ist. Dabei handelt es sich in der Regel um einen reaktiven psychogenen Schwindel, der in seiner Entstehung durch Mechanismen der klassischen Konditionierung, in seiner Verstärkung und Aufrechterhaltung durch Prozesse der Reizgeneralisierung und der operanten Konditionierung gut erklärbar ist. Die Differenzierung des organisch und psychogen bedingten Schwindelanteils ist relevant sowohl für die therapeutischen Schritte als auch für die Bewertung von Therapieerfolgen im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen.

Pathophysiologie

Der endolymphatische Hydrops entsteht wahrscheinlich durch verminderte Resorption der Endolymph

Prosper Menière beschrieb als erster die ▶ Trias: anfallsartiger Drehschwindel, Tinnitus und Schwerhörigkeit als eigenständige Krankheit des Innenohrs [18]. 1938 entdeckten Hallpike und Cairns sowie Yamakawa deren organische Endstrecke im ▶ „endolymphatischen Hydrops“. Die Ursachen des Hydrops werden in der verminderten Resorption der kaliumreichen Endolymph im Ductus endolymphaticus sowie vor allen Dingen im Saccus endolymphaticus gesehen [14, 19, 20].

Jahnke weist aber darauf hin, daß der endolymphatische Hydrops nicht mit der Menièreschen Erkrankung gleichzusetzen ist [14]. So bedürfe der typische Anfall offensichtlich eines Triggers, wobei er folgende benennt:

- septische Herde, vor allem der Kieferhöhle und der Zähne,
- streßbedingte Funktionsstörungen des autonomen Nervensystems,
- psychische Faktoren,
- Stoffwechselstörungen (seltener Unterfunktionen hormonproduzierender Organe wie der Nebennierenrinde),
- immunpathologische Veränderungen.

Dr. H. Schaaf
Tinnitus Klinik Arolsen, Große Allee 3, D-34454 Arolsen

▶ Menière-Trias

▶ Endolymphatischer Hydrops

Der Anfall selbst wird nach den heutigen Erkenntnissen am überzeugendsten als Permeabilitätsstörungen der Innenohrschranken interpretiert [14, 20].

Klinik

Zwischen den Schwindelanfällen panische Angst

Akut steht im Vordergrund der Erkrankung typischerweise ein (mindestens +20) minutenlanger bis stundenlanger Drehschwindel, der oft von Erbrechen, Tinnitus und Ohrdruck begleitet ist sowie mit Todesangst und Vernichtungsgefühlen einhergehen kann. Sekundenanfälle und tagelange Anfälle haben wahrscheinlich andere Ursachen.

Nie wissend, ob, wann und in welcher Stärke ein nächster Anfall kommt, stellen sich bei Menschen mit häufigerem Anfallsgeschehen oft Unsicherheit sowie Angst und Panik vor dem Schwindel ein.

Viele Betroffene berichten mit zunehmender Dauer der Erkrankung über „ständigen Schwindel“ und schildern dies etwa wie folgt: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, habe ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun „Menière-Tage“. Es fehlen aber der für die innenohrbedingte Menière-Attacke typische Nystagmus sowie Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung.

Diese ► **Zusatzkomponente** entspricht psychogenen Schwindelzuständen. Sie kann sich mit organisch bedingten Schwindelattacken und -zuständen abwechseln.

Der psychogene Schwindel

Der psychogene Schwindel spielt sich ätiologisch und im Erleben überwiegend auf der ► **Empfindungsebene** in der emotionalen Welt des betroffenen Patienten ab. Der Schwindelzustand entsteht angesichts von für das Individuum unbegreiflichen „verwirrenden“ Affekten oder aufgrund äußerer oder innerer Wahrnehmungen, die Angst auslösen, bzw. durch funktionelle zentrale Verrechnungsstörungen, die durch Angst bedingt werden. Die psychogenen Schwindelempfindungen sind dabei für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet [16].

Die Angst führt oft zu phobischem Attackenschwindel

Der psychisch verursachte Schwindel kann monosymptomatisch oder verbunden mit anderen, in der Regel vegetativen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Mundtrockenheit, Herzrasen, Engegefühl, Atemnot und Leeregefühl im Kopf auftreten. Charakteristischerweise wird beim monosymptomatischem Erscheinungsbild ein Schwankschwindel oder ein diffuser Schwindel („wie betrunken“, Gehen wie auf Schaumstoff etc.) beschrieben. Prinzipiell können aber alle Schwindelqualitäten, d.h. auch ein Drehschwindel mit subjektiver Fallneigung, psychisch bedingt sein [4].

Die am häufigsten umschriebene klinische Erscheinungsform des psychogenen Schwindels ist der von Brandt und Dietrich 1986 erstmals beschriebene sog. ► **„Phobische Attackenschwindel“**. Als typische Auslöser werden bestimmte Reize und/oder Situationen benannt. In seiner Erlebnisqualität wird er charakterisiert durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit sowie einer Crescendo-Vernichtungsangst. Im Unterschied zur Agoraphobie oder unspezifischen Panikattacken klagen die Patienten mit phobischem Attackenschwankschwindel nicht in erster Linie über die „Angst“, sondern über den „Schwindel“, der die Angst ausgelöst habe. Sie fühlen sich organisch krank.

Psychopathologisch ist allerdings der Begriff „phobisch“ gerichteten Ängsten vorbehalten, d.h. die Angst kann durch die konsequente Vermeidung der Situation völlig gebunden werden. So hat Eckhardt-Henn [5] darauf hingewiesen, daß sich unter der von Brandt und Dieterich beschriebenen Gruppe verschiedene Störungen differenzieren lassen. So fand sie insbesondere depressive Störungen und Angststörungen.

► Zusatzkomponente

► Empfindungsebene des Patienten

► Phobischer Attackenschwindel

- ▶ Vegetative Begleitreaktionen
- ▶ Angstgefühle
- ▶ Konditionierungsvorgänge

Psychogener Schwindel kann Folge organischer Vorschädigung sein

Nicht selten kann sich psychisch bedingter Schwindel nach ursprünglich organischen Erkrankungen entwickeln, hier wiederum oft nach einer zeitlichen Verzögerung. In der Regel sind es die beim organisch bedingten Schwindel erlebten ▶ **vegetativen Begleitreaktionen** und die oft heftigen ▶ **Angstgefühle**, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung dienen [6].

Die Situationen, in denen es dabei meist zu klassischen ▶ **Konditionierungsvorgängen** kommen kann, werden in der Regel nicht bewußt wahrgenommen. Hingegen wird erlebt, daß Reize und Situationen, die normalerweise weder angst- noch schwindelerregend besetzt sind, scheinbar unberechenbar zum Teil heftigste Angst oder physiologische Reaktionen wie Schwindel auslösen können. Das Phänomen der Reizgeneralisierung stellt ein weiteres Moment dar, das für die Ausweitung psychophysiologischer Störungen in Frage kommt.

Bei Patienten mit prädisponierenden Persönlichkeitszügen oder anderen prädisponierenden Faktoren können aber auch vestibuläre Störungen akut psychische, dabei insbesondere phobische Störungen, Angst und dissoziative Störungen auslösen [6].

Der M. Menière kann psychogene Schwindelanteile haben

Beim M. Menière, einer Erkrankung, die direkt das Gleichgewichtsorgan betrifft, können rezidivierend organische und seelisch bedingte Schwindelzustände auftreten.

Sicher nur spekulativ zu diskutieren ist, inwieweit psychogene Faktoren schon bei der Entstehung der Menièreschen Erkrankung beteiligt sein können. Schon Schilder [28] vermutete, daß das Gleichgewichtsorgan als ein Sinnesorgan, das nur halb bewußte Eindrücke empfängt und zu einer instinktmäßigen, primitiven Beweglichkeit führt, auf psychogene Faktoren empfindlich reagieren könnte. Boeninghaus [2] benennt bei Menière-Patienten eine „vegetative Labilität“, Scherer [27] gibt an, daß die Anfallshäufigkeit unter Streß zunimmt.

Eine psychisch vermittelte Komponente hinsichtlich der Auslösung des ersten Anfalls bei Menière-Patienten geben psychodynamisch orientierte Autoren von Fowler und Zeckel [7], Hinchcliffe [12], Basequaz [1] bis Groen [8] an. Sie vermuten, daß es im Anfall zu einer explosionsartigen Spannungsabfuhr komme, nachdem die Patienten oft unfähig gewesen seien, einer existentiellen Erschütterung anders

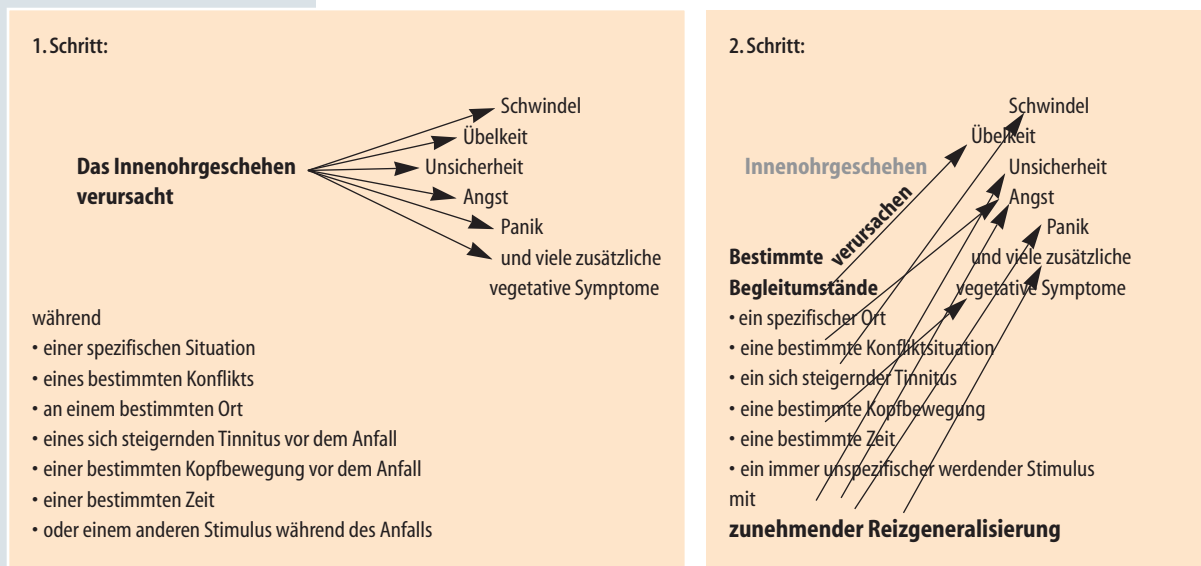


Abb. 1 ▲ Schritte der Klassischen Konditionierung. Ein anfangs nur zeitgleiches Geschehen kann bei entsprechender Sensibilität und anschließender adäquater Verstärkung selbst zum auslösenden Reiz werden

► **Schlüssel-Schloß-Mechanismus**

Ausdruck zu verleihen. Groen vermutete bei seiner Untersuchungsgruppe von 21 Patienten einen ► **Schlüssel-Schloß-Mechanismus** mit drei relevanten 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.

► **Reaktiv psychogener Schwindelanteil**

Sicher ist, daß wiederholte, oft dramatisch erlebte Schwindelereignisse psychische Folgen zeigen können, eben auch in Gestalt eines ► **reaktiv psychogenen Schwindelanteils**. Vor allem das Gefühl von Unsicherheit, Angst und Panik sowie die vegetativen Begleitsymptome werden dabei am Modell des Menière-Anfalls oft „klassisch konditioniert“ gelernt. Insbesondere bei unzureichender Kenntnis des tatsächlichen organisch bedingten Geschehens kann die räumliche oder die Konfliktsituation, in der der Anfall geschah oder sich wiederholte, oder ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der auch den organisch bedingten Anfällen vorausging, eine Kopfbewegung, die Uhrzeit etc. Begleitreaktionen auslösen, die dann wie ein Menière-Geschehen empfunden werden. ► **Reizgeneralisierung** bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die Auslöser immer unspezifischer werden können und schon ähnliche Situationen zum Schwindel und dessen Empfindungen führen können. Die aus der Angst vor Wiederholung geübte Vermeidung führt zwar unmittelbar zur Entlastung (Belohnung durch Vermeidung von „Strafe“, entspricht Belohnung II. Ordnung), aber langfristig zur immer weiteren Einengung sowie zur sozialen Isolierung. Damit treten weitere psychogene Folgeprobleme auf, die selbst weiter im Sinne eines Auslösers wirken können.

► **Reizgeneralisierung**

Wichtig zu betonen ist, daß diese Mechanismen unbewußt verlaufen und vom sog. ► **sekundären Krankheitsgewinn**, wie ihn Hoffmann und Hochapfel [13] beim M. Menière beschrieben haben, unterschieden werden können. Dennoch können alle drei Komponenten: organisch bedingter Schwindel, reaktiver psychogener Schwindel, sekundärer Krankheitsgewinn, ineinander übergehen.

► **Sekundärer Krankheitsgewinn**

So empfinden insbesondere Langzeiterkrankte die Schwindelepisoden als immer länger dauernd, von Tagen bis zu Wochen.

Die reaktiv-psychogene Schwindelkomponente entwickelt sich oft auf dem Boden einer psychopathologischen Grundkonstellation

► **Tiefenpsychologische Interpretation**

Eine ► **tiefenpsychologische Interpretation** des reaktiv psychogenen Schwindelanteils bei M. Menière gibt Lamparter [16]: 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 existentiell 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, so daß sich ein – allerdings nur scheinbar – von psychischen Einflüssen unabhängiges, organisches Geschehen ergibt.

Der psychogene Schwindel kann sich selbst dann verfestigen, wenn das Gleichgewichtsorgan im Stadium IV längst seine Funktion verloren hat. Speziell in Krisenzeiten können auch neue Konflikte alte und auf der Krankheitsebene „gut gelernte“ Reaktionsweisen- und -muster reaktivieren.

Bei 96 zwischen dem 5.4.1994 und dem 14.8.1997 von uns stationär betreuten Menière-Patienten mit Anamnesezeiten von durchschnittlich 7 Jahren (kürzeste Anamnesezeit 6 Monate, längste Anamnesedauer 31 Jahre) bestimmten psychogene Schwindelzustände weitestgehend das klinische Bild, wobei diese von den Patienten nicht oder nur unzureichend von den deutlich selteneren innenohrbedingten Schwindelanfällen unterschieden werden konnten. Darüber hinaus bestanden überwiegend reaktiv-depressive Entwicklungen im Sinne von „Anpassungsstörungen ICD 10 F.42.21–22“, aber auch manifeste depressive Episoden im Sinne des ICD 10 F.32.

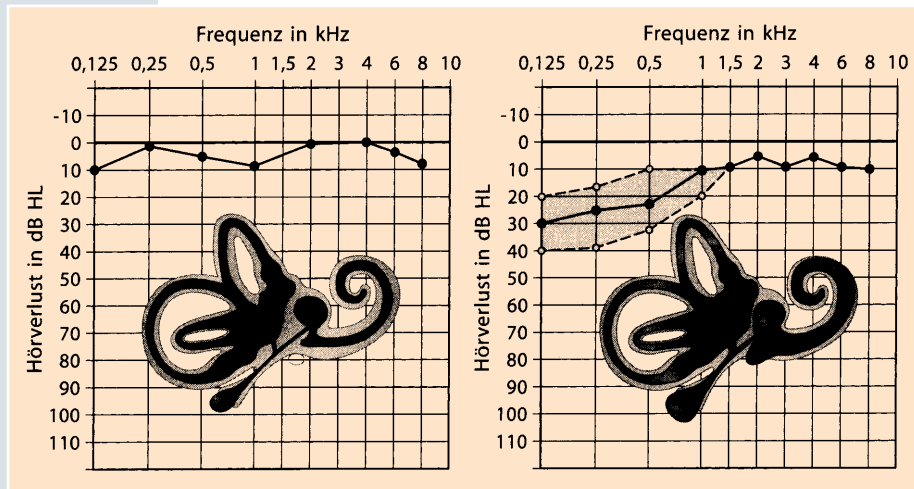


Abb. 2 ▲ Hörbefund mit schematischer Darstellung der Endolymphsituation. Links unauffällige Situation mit normal weiten Endolymphgängen. Rechts schwankende Tieftonsenke bei ausweiteten Endolymphgängen. Gestrichelt: Schwankungsbreite des Hörvermögens um einen Mittelwert (aus [24])

► Psychologische Grundkonstellation

► Neurootologische Basisuntersuchungen

► Erhebung der psychogenen Grundkonstellation

Allerdings finden sich bei 44 Patienten auch anamnestisch ► **psychologische Grundkonstellationen** vor oder bei dem Ausbruch der Erkrankung, bei denen der Krankheitsausbruch durchaus als – wenn auch maladaptive – Lösung einer existentiellen Erschütterung gedeutet werden könnte.¹

Diagnostik

Beim Morbus Menière weisen die Häufigkeit, die Art und die Dauer der Schwindelanfälle sowie die Begleiterscheinungen Nystagmus, Tinnitus und Hörverlust schon den fast sicheren Weg. ► **Neurootologische Basisuntersuchungen** helfen, über den typischen Tieftonverlust im Audiogramm und eine – allerdings nicht immer nachzuweisende – Unterregbarkeit in der Vestibularisprüfung [20], evtl. erweitert durch den Klockhofftest oder eine Elektrokochleographie, die Diagnose zu sichern.

Schwindelbeschwerden zwischen den eigentlichen Menière-Anfällen sind nahezu immer psychogen

Psychogen bedingt ist wahrscheinlich jeder über den organisch nachvollziehbaren Befund hinaus empfundene Dauerschwindel, wenn keine Gangstörung oder eine Hirnnervenbeeinträchtigung vorliegt. Auch der beim M. Menière zunehmende Gleichgewichtsausfall wird meist nach wenigen Wochen zentral kompensiert. Als Anhaltspunkt gilt, daß, je vielfältiger die Beschwerden erlebt und geschildert werden, desto eher ein psychogener Schwindel vorliegt, selbst wenn ein Drehschwindel empfunden wird. Voraussetzung ist aber, daß auch mit der Frenzelbrille kein Spontannystagmus festgestellt werden kann.

Zur definitiven Klärung einer psychischen Genese ist allerdings die ► **Erhebung der psychogenen Grundkonstellation** vonnöten. Diese wird in der Regel nicht unbedingt spontan berichtet, sondern im Gegenteil werden oft im Schwindelgeschehen die Ursachen für die psychischen Folgen gesehen, was bei M. Menière auch durchaus verständlich ist. Hier kann eine baldige interdisziplinäre Abklärung unter Einbeziehung von Psychotherapeuten frühzeitig Weichen stellen und eine Chronifizierung verhindern helfen.

¹ Die ausführliche Auswertung und Publikation einer Dissertation von U. Kolbe zu diesen Patienten befindet sich in Vorbereitung

Tabelle 1

Stadieneinteilung des M. Menière nach Jahnke [14]**Stadium 1**

Ein fluktuierendes Hörvermögen, in diesem Stadium kann sich das Hörvermögen nach einem Schwindelanfall vollständig normalisieren

Stadium 2

Schwindel und fluktuierendes Hörvermögen, das sich spontan bessert, aber nicht mehr normalisiert oder nur nach osmotischer Therapie bessert

Stadium 3

Deutliche Hörminderung ohne Fluktuation, weitere Schwindelanfälle

Stadium 4

Ausgebrannte Menière-Krankheit

▶ **Therapeutischer Stufenplan**▶ **Sakkotomie**▶ **Placeboeffekt**▶ **Gentamycin**▶ **Neurektomie**▶ **Hörgerät****Therapie**

Der von Jahnke 1994 empfohlene ▶ **Stufenplan** orientiert sich HNO-ärztlich medikamentös und chirurgisch vor allem an der Anzahl und Dauer der organisch bedingten Schwindelzustände wie der Einschränkung des Hörvermögens. Im Stadium 1 und 2 sollen die vor allem propagierten Betahistine die Durchblutung verbessern. Chirurgisch wird die ▶ **Sakkotomie** als weltweit häufigster Eingriff bei M. Menière im Stadium 2 und 3 in vielfältigen Variationen durchgeführt. Durch die Erweiterung der oft verengten Verhältnisse hofft man, einen besseren Fluß von Blut und Lymphe in dieser Region zu ermöglichen, so daß indirekt auch die Resorption der Lymphe verbessert wird [14]. Die Erfolge überschreiten aber bei allen Methoden, auch der Sakkotomie – nicht den ▶ **Placeboeffekt**, dieser liegt allerdings bei 70% (Zusammenfassung der Ergebnisse: [20, 24, 25]).

Eine Ausschaltung des innenohrbedingten Schwindels kann durch die von Lange etablierte transtympanale Gabe des ototoxischen ▶ **Gentamycin** erreicht werden [17]. Sie wird im Stadium 3, von Jahnke [14] auch schon im Stadium 2 empfohlen, wenn das Hörvermögen relevant eingeschränkt ist und die – organisch bedingten – Schwindelanfälle häufiger als 2mal pro Woche stattfinden und so z.B. die Berufsfähigkeit gefährdet ist. Nachteil bei der Gentamycingabe ist die Gefährdung des Höranteils. Eine nahezu sichere Ausschaltung des vestibulären Schwindels wird erreicht durch die ▶ **Neurektomie** des N. vestibularis [20].

Ein dauerhaftes Counseling ist Basis der Behandlung

Für alle Stadien betont Paparella [21] die Wichtigkeit des medizinischen Counselings und der psychologischen Unterstützung. Diese beinhaltet eine genaue Aufklärung der Patienten, eine Erläuterung über die verschiedenen Erwartungen und über den Verlauf der Krankheit und/oder ihrer Therapie.

Als günstig erweist sich ein counseling, das die Patienten kognitiv und emotional in ihrer akuten Situation, aber auch unter Berücksichtigung ihrer weiterhin bestehenden Möglichkeiten betreut. Dazu gehört die Betonung, daß der M. Menière keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose und z.B. eine effektive medikamentöse Dämpfung des akuten Anfalls möglich ist. Bei Hörverlusten stehen technische Kompensationshilfen in Form von immer besser werdenden ▶ **Hörgeräten** und der CROS-Versorgung zur Verfügung. Auch wenn der Habituationsprozess bei fluktuierendem Hörverlust sicher erschwert ist, sollten Hörhilfen bei entsprechender Indikation eingesetzt werden, um den Hörverlust auszugleichen und das räumliche Hören zu verbessern. Sollte es zu der glücklicherweise seltenen Taubheit bei einem beidseitigen M. Menière kommen, vor der sich viele Menière-Patienten fürchten, sind auch hier Kompensationshilfen über das Lippenablesstraining, die lautsprachenbegleitenden Gebärden bis hin zum Cochlear implant möglich.

► Anfallsvorbereitung

Es ist im Rahmen des Counselings sinnvoll, Menière-Betroffenen dazu zu verhelfen, sich selbst auf einen möglichen ► **Anfall vorzubereiten**. Auch wenn Menière-Anfälle typischerweise unvorhersehbar sind, schafft die Möglichkeit, sich selbst angemessen darauf vorzubereiten und dann möglichst gut gewappnet zu sein, Sicherheit. Wichtige Elemente können sein:

- Das Mitführen von *antiemetischen Suppositorien*, um einen Anfall coupieren zu können, im Zweifel zumindest zu mildern, bis ein Arzt hinzukommen kann.
- Eine „*Hilfekarte*“, die die Betroffenen in ihrem Schwindel *als Kranke* und nicht etwa als Betrunkene ausweist und um Unterstützung bittet².
- Eine *Tüte*, für den Fall, daß es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt.
- Technische Hilfsmittel wie ein *Mobiltelefon*, um ggf. Hilfe anzufordern.

Hinsichtlich der psychogenen Komponente kann schon die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen auch hinsichtlich der Konditionierungsvorgänge und der Reizgeneralisierung angstvermindernde Effekte haben [10]. Wichtig ist, daß die Betroffenen auch hier in die Lage versetzt werden, weitgehend selbst unterscheiden zu können, wie sich der psychogene Schwindel von einem innenohrbedingten Schwindel, aber auch von durch andere Gründe bedingten Schwindelformen (etwa kardial bedingte, Lageschwindel etc.) unterscheidet.

Dazu kann als ► **Anleitung** vermittelt werden, sich *vor* dem Schwindelereignis einen oder mehrere sicher unverrückbare Punkte oder Gegenstände auszusuchen und einen von diesen im Anfall zu fixieren. Dann können die Betroffenen überprüfen, ob sich – wie beim innenohrbedingten Anfall – die Welt um sie herum bewegt, oder – wie beim psychogenen Schwindel – sich der Gegenstand mit dem Blick „festhalten“ läßt.

Ein weiteres selbständig durchführbares Unterscheidungskriterium ist die Aufforderung, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen läßt und ob der Schwindel im Kopf nachläßt.

Therapeutisch unerlässlich bei psychogenem Schwindel ist das – vor allem eigene! – Bemühen um Standfestigkeit. Dabei muß – ggf. auch mit professioneller Hilfe – an der körperlich und seelisch empfindlichen Gleichgewichtssituation *gearbeitet* werden. Ein ► „**Gleichgewichtstraining**“ kann aus allgemeinen Übungen (auch *bewußtes* Aufstehen, Gehen, Laufen) wie aus sehr spezifischen, professionell angeleiteten Übungen bestehen. Wichtig ist unserer Erfahrung nach die **gezielte ► Körperwahrnehmung** und die ► **Schulung** der zur Kompensation zur Verfügung stehenden gesunden Anteile des Gleichgewichtssystems, insbesondere des propriozeptiven und visuellen Anteils [25]. Einfache Übungen werden, meist anschaulich bebildert, von vielen Krankenkassen angeboten. Wir setzen systematisch das T'ai Chi und Feldenkrais-Übungen als ► **bewegungstherapeutische Verfahren** ein.

Eine psychotherapeutische Unterstützung ist bei psychogener Schwindelkomponente indiziert

Psychotherapeutische Unterstützung ist indiziert, wenn Krankheitsbewältigungsprobleme auftreten und die Lebens- und Berufsfähigkeit gefährdet ist. Psychotherapeutische Hilfe ist insbesondere notwendig, wenn ein psychogener Schwindel zu einer relevanten Komponente wird. Dabei ist es oft sinnvoll, das soziale Umfeld, insbesondere die Lebenspartner, miteinzubeziehen [23].

Es ist schon viel gewonnen, wenn erreicht werden kann, daß sich der unvermeidbare Schwindel auf die rein organischen Attacken beschränkt. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß unsere Patienten nach einer 6- bis 8wöchigen psychosomatischen Arbeit über deutlich weniger Anfälle klagen, eine Erfahrung, die von Gobel geteilt wird. Durch die Psychotherapie habe die begleitende Angststörung ange-

² Eine Hilfekarte wird von den Selbsthilfeorganisationen Deutsche Tinnitus-Liga e.V., Postfach 349, 42353 Wuppertal, Telefon: 0202/246520 und K.I.M.M. Kontakte und Informationen für M. Menière e.V., Kastanienweg 5, 71404 Korb, Telefon-07151/64113, Fax.: 07151/690599, angeboten

► Anleitung zur Schwindeldifferenzierung

► Gleichgewichtstraining

- Körperwahrnehmung
- Kompensationsschulung

► Bewegungstherapeutische Verfahren

▶ Verhaltenstherapie

▶ Analytischer Ansatz

▶ Antidepressive oder neuroleptische Medikamente

gangen werden können und es seien dann „nur noch“ die meist sehr viel selteneren Menière-Anfälle übrig geblieben (persönliche Mitteilung).

Vom Ansatz her ist die ▶ **Verhaltenstherapie** die Methode der Wahl. Dabei stellen symptomorientierte praktische Schritte mit professioneller Hilfe von außen und eine Arbeit an den Kognitionen wichtige Aspekte der verhaltenstherapeutischen Arbeit dar. Bearbeitet werden muß oft auch das möglicherweise habituell gewordene Verhaltensdefizit [26]. Wichtig ist hier, nicht jeden Anfall als psychogen zu deuten.

Aber auch der ▶ **analytische Ansatz** der Bearbeitung der lebensgeschichtlichen Konflikte, insbesondere der Aggressions- und Gewissensthematik, führte bei Menière-Patienten zu einer Reduktion der emotionalen Grundspannung und einer Senkung der Anfallshäufigkeit [15]. In 2 Falldarstellungen können die Behandlungsberichte von Schwöbel [29] einen Einblick in die Dynamik psychotherapeutischer Behandlungen bei Menière-Patienten vermitteln.

Psychopharmaka fachgerecht eingesetzt, können zur Unterstützung der Behandlung sehr nützlich

Wenn sich bei oder durch den M. Menière eine Angst- und/oder Depressionserkrankung einstellt oder in den Vordergrund rückt, können ▶ **antidepressive oder neuroleptische Medikamente** als Hilfe durchaus sinnvoll sein. Manchmal sind sie sogar nötig, um überhaupt erste therapeutische Schritte zu ermöglichen. Sie sollten aber keinesfalls gegen den organisch bedingten Schwindel oder die Angst vor dem Schwindel eingesetzt werden. Hier sollte in enger Zusammenarbeit zwischen dem HNO-Arzt und dem Psychotherapeuten/Psychiater ein sachgerechtes, differenziertes Vorgehen ermöglicht werden.

Versagen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, empfiehlt sich eine stationäre psychosomatische Therapie

Eine stationäre psychosomatische Behandlung kann notwendig werden, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und/oder insbesondere bei bedeutenden psychogenen Anteilen und depressiven Entwicklungen und Angsterkrankungen. Der Vorteil einer stationären Behandlung (bei dem dann komplexen Krankheitsbild) ergibt sich aus der institutionalisierten Zusammenarbeit und Therapieabstimmung zwischen den verschiedenen Therapeuten, von den Ärzten über die Psychologen bis zu den Bewegungstherapeuten [11].

Fazit für die Praxis

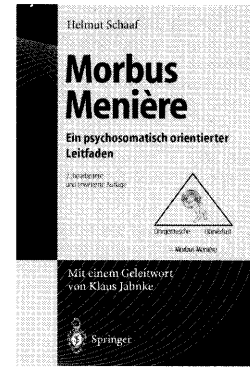
Bei klarer Diagnose und adäquater Therapie ist auch das oft schwerwiegende und teilweise über die organische Komponente dominierende Krankheitsbild des psychogenen Schwindels gut therapierbar. Aufbauend auf einem guten medizinischen Counseling, das eine Hilfe zur Erlangung von Eigenkompetenz einschließt, können ggf. eine psycho- und körpertherapeutische Unterstützung dazu beitragen, daß die Berufsfähigkeit erhalten bleibt und daß hinsichtlich der Lebensperspektive deutliche Verbesserungen erzielt werden können.

Literatur

1. Basecqz G (1969) **Aspects psychodynamiques de la maladie Ménière.** Laval Med 40: 838–843
2. Boenninghaus HG (1990) **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.** Springer, Berlin Heidelberg New York, S 517
3. Brandt TH, Dieterich M (1986) **Phobischer Attackenschwindel.** Münch Med Wochenschr 128:247–250
4. Eckhardt A, Tettenborn B, Krauthauser H (1996) **Schwindel und Angsterkrankungen – Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung.** Laryngo-Rhino-Otol 75:517–522
5. Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO, Tettenborn B, Thomalske C, Hopf H-C (1997a) **Der phobische Schwankschwindel, eine weitere Differenzierung psychogener Schwindelzustände scheint erforderlich.** Nervenarzt 10, 68:806–812
6. Eckhardt-Henn A (1997b) **Psychische Ursachen des Schwindels.** HNO Heute 2: 198–201

7. Fowler EP Jr, Zeckel A (1952) **Psychosomatic aspects of Menière's disease.** JAMA 148:1265–1271
8. Groen JJ (1983) **Psychosomatic Aspects of Menière's Disease.** Acta Otolaryngol (Copenh) 95: 407–416
9. Hallpike CS, Cairns H (1938) **Observations on the pathology of Menière's Syndrome.** Laryngol Otol 53:625–655
10. Hasenbring M (1995) **Lernpsychologische Zusammenhänge.** In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H (Hrsg) Psychosomatik in der Neurologie. Schattauer, Stuttgart, S 29–33
11. Hesse G, Nelting M, Schaaf H (1997) **Tinnitus: Leiden und Chance.** Profil, München, S 124
12. Hinchcliffe R (1967) **Emotions as a precipitating factor in Menière's disease.** J Laryngol Otol 81:471–475
13. Hoffmann SO, Hochapfel G (1995) **Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin.** Schattauer, Stuttgart
14. Jahnke K (1994) **Stadienge-rechte Therapie der Menière-schen Krankheit.** Dtsch Ärztebl 91:A 428–434
15. Lamparter U (1995) **Schwindel.** In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H (Hrsg) Psychosomatik neurologischer Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart New York, S 122–151
16. Lamparter U (1998) **Psychosomatischer und Psychogener Schwindel.** Psychomed 10: 9–13
17. Lange G (1995) **27 Jahre Erfahrung mit der transtympanalen Aminoglykosid-Behandlung des Morbus Menière.** Laryngol Rhinol 74:720–723
18. Menière P (18961) **Mémoire sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme.** Gaz Méd Paris Sér 3, 16:597–601
19. Michel O (1998) **M. Menière und verwandte Gleichgewichtsstörungen.** Thieme, Stuttgart, S 298
20. Morgenstern C (1994) **Morbus Menière.** In: Naumann HH et al. (Hrsg) Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis, Bd 1: Ohr. Thieme, Stuttgart, S 768–775
21. Paparella MM (1991) **Methods of diagnosis and treatment of Menière's disease.** In: Huang TS (ed) Menière's disease. Oto-Laryngol, Stockholm [Suppl] 485: 108–119
22. Pfaltz CR, Thomsen J (1986) **Symptomatology and definition of Menière's disease.** In: Pfaltz CR (ed) Controversial aspects of Menière's disease. Thieme, Stuttgart, S 2f
23. Praetorius C (1997) **Krankheits-erleben und Bewältigungs-formen bei Morbus Menière-Patienten.** 2. Aufl. Neuthor, Michelstadt, S 121
24. Schaaf H (1998) **M. Menière. Ein psychosomatischer Leit-faden.** 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 124
25. Schaaf H (1999) **Klinik und psychosomatische Behandlungs-ansätze bei der Menièreschen Krankheit.** In: Goebel G (Hrsg) (1999) Ohrgeräusche – Psycho-somatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Aufl. MMW, München
26. Schaaf H (1998) **Verhaltensthe-rapeutische Ansätze bei Schwindelerkrankungen.** Psychomed 10.2 S 18–21
27. Scherer H (1997) **Das Gleichge-wicht, 2. akt. Aufl.** Springer, Berlin Heidelberg New York, S 709
28. Schilder P (1942) **The vestibular apparatus.** In: Schilder P (ed) Mind, perception & thought in their constructive aspects. Columbia Univ Press, New York, pp 83–134
29. Schwöbel G (1954) **Zur Psycho-therapie des Schwindels.** Psyche 8:367–387
30. Stoll W, Matz DR, Most E (1992) **Schwindel und Gleichge-wichtsstörungen.** Thieme, Stuttgart, S 408
31. Yamakawa K (1938) **Über pa-thologische Veränderungen bei einem Menière Kranken.** J Otolaryngol Soc Jap 4: 2310–2312≠
32. Schaaf H, Holtmann H, Hesse G, Rienhoff N, Kolbe U, Brehmer D (im Druck) **Reactive psychogenic dizziness in Menière's disease.** In: Sterkers JM et al (eds) Proceedings of the 4th international Symposium on Menière's diseases 1999. Denhag-Kugler
33. Hesse G, Schaaf H, Kolbe U, Brehmer D, Andres R (im Druck) **Prescription of hearing aids for Menière patients.** In: Sterkers JM et al (ed) Proceeding of the 4th international Symposium of Menière's disease 1999. Denhag-Kugler

Praktische Orientierung für Ärzte und Patienten



H. Schaaf, Arolsen

Morbus Menière

Ein psychosomatisch orientierter Leit-faden

Geleitwort von K. Jahnke

2., bearb. u. erw. Aufl. 1997. XVI, 100 S. 23 Abb., 2 Tab. Brosch. DM 48,-; öS 350,40; sFR 43,- ISBN 3-540-63204-2

Die 1. Auflage dieses erfolgreichen Buches hat eine Lücke in der deutschsprachigen Literatur gefüllt, denn zum ersten Mal wurden die konkreten, praxisrelevanten Fragen zum Morbus Menière verständlich zusammengefasst.

In der 2. Auflage bringt der Autor, Arzt und selbst menièrekrank, alle Erfahrungen ein, die er seit Erscheinen der 1. Auflage mit Tinnitus- und Menière-Patienten gesammelt hat.

NEU in der 2. Auflage:

- Klare Handlungsempfehlungen für Patienten, Angehörige, Arbeitgeber, Versorgungsämter usw.
- Aktuelle thematische Ergänzungen zu den Aspekten Tinnitus, Ohrdruck, Gesichtsmißempfindungen
- Detaillierte Darstellung der Sonderfälle wie endolymphatische Prozesse ohne Schwindel und tumarkinische Anfälle

Der Autor beschreibt die Grundlagen, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten in einer Form, die sowohl für Sie aufschlußreich, als auch für Ihre Patienten verständlich zu lesen ist.

Ein wichtiger Ratgeber, der in Ihrer Praxis nicht fehlen sollte!

Springer-Bücher erhalten Sie in jeder Buchhandlung.

Preisänderungen vorbehalten
d&p.4614.MPP/V/zh



Springer

Springer-Verlag · Postfach 31 13 40 · D-10643 Berlin
Tel.: 030 / 82 787 - 330 · <http://www.springer.de>