

## Morbus Menière

### Eine Erkrankung an Leib und Seele

von Helmut Schaaf, Hedwig Holtmann und Gerhard Hesse

**Anfallsartiger Schwindel mit meist tieffrequentem Tinnitus und einem schwankenden Hörverlust kennzeichnen die Menièresche Erkrankung. Diese wird in Industrienationen mit einer Häufigkeit um 1:1000 geschätzt. Stellt sich das als oft existentiell bedrohlich erlebte Schwindel-Ereignis öfters ein, so kann die Angst vor dem Schwindel so groß werden, daß sie selbst als Unsicherheit und Schwindel empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird. Oft macht sich dann ein "ständiges" Schwindelgefühl, ein "psychogener Schwindel" bemerkbar. Diese oft stufenlosen Übergänge zwischen organisch bedingtem und (reaktivem) psychogenem Schwindel machen die Menièresche Erkrankung zu einem der vielgestaltigsten Schwindelphänomene, die einer besonderen Betrachtung sowohl hinsichtlich der Diagnose wie auch der Therapie bedarf.**

#### Schwindel - Angst und Angst-Schwindel

*"Ein kräftiger junger Mann wird plötzlich ohne erkennbare Ursache von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen befallen; eine unaussprechliche Angst läßt seine Kräfte schwinden; sein Gesicht, blaß und in Schweiß gebadet, kündigt eine nahe Ohnmacht an. Auf dem Rücken liegend, kann er dann nicht die Augen heben, ohne die Dinge im Raum umherschwirren zu sehen, die kleinste, dem Kopf mitgeteilte Bewegung vermehrt Schwindel und Übelkeit; das Erbrechen tritt erneut auf, sobald der Kranke versucht, seine Lage zu ändern. ... Jede etwas heftige Bewegung ruft Funktionsstörungen derselben Art hervor."*

Diese eindrucksvolle Beschreibung stammt aus dem Jahre 1861 von dem französischen Arzt Prosper Menière selbst (Blumenbach, L. 1955). Der typische Drehschwindel tritt - nicht provozierbar - anfallsweise auf, auch nachts aus dem tiefen Schlaf heraus. Nach dem Anfall fühlen sich die Betroffenen für mehrere Stunden bis zu 1-2 Tagen unsicher, schlapp und zerschlagen. Danach scheint erst einmal wieder alles so wie vorher zu sein. Was bleiben kann, sind Ohrgeräusche sowie Hörverlust, beide typischerweise im Tieftonbereich. Beide Symptome können lange - meist um ein mittleres Niveau - in ihrer Ausprägung schwanken.

Organisch findet sich beim M. Menière ein Stau der (Lymph-) Flüssigkeit in den Gehör- und Gleichgewichtsschläuchelchen, ein "Endolymphatischer Hydrops" (Michel 1998, Jahnke1994). Dieser entsteht vermutlich als Folge eines Mißverhältnisses von Produktion und Abtransport der Flüssigkeit in den Innenohrschläuchelchen. Dadurch kann das fein ausgeklügelte System der Sinneswahrnehmung gestört werden. Es kann zu einem regelrechten Chaos im Gleichgewichtsorgan und zu Störungen und Ausfällen im Hörorgan kommen.

### **Einteilung der verschiedenen Stadien des M. Menière nach Jahnke 1994**

**Stadium 1:** Ein fluktuierendes (schwankendes) 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 (z.B. dem Glyceroltest) bessert.

**Stadium 3:** deutliche Hörminderung ohne Fluktuation, weitere Schwindelanfälle.

**Stadium 4:** "ausgebrannte" Menière-Krankheit, das Gleichgewichtsorgan ist ohne Funktion

Seelisch (psychologisch) stellt sich bei den Menière-Patienten mit häufigerem Anfallsgeschehen oft - nie wissend, wann und ob ein nächster Anfall in welcher Stärke kommt – Unsicherheit, Angst und Panik vor dem Schwindel ein. Häufige Folgen sind Angstzustände und eine depressive Entwicklung. Die Betroffenen berichten dann nicht selten über "ständigen Schwindel" und schildern dies etwa so: 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, verbunden mit Angst und Panik, dann erlebt werden wie ein innenohrbedingter Menière Anfall, obwohl kein Nystagmus (Augenzittern) zu sehen ist und der Menière-Kranke stehen kann. Diese zusätzliche Krankheitskomponente entspricht einem - reaktiven - psychogenen Schwindel.

### **Der reaktive psychogene Schwindel:**

Der Wirkmechanismus der für die Betroffenen oft unvorstellbaren Schwindelerlebnisse ist in vielen Fällen lerntheoretisch gut erklärbar. Wie Pawlows Hund lernte, auf die Glocke - zunächst - gleichwertig wie auf den Nahrungsreiz zu reagieren, (s. Seite xx), so werden insbesondere

- das Gefühl von Unsicherheit,
  - der Angst und Panik
  - sowie die vegetativen Begleitsymptome
- oft "klassisch" am Modell des Menière Anfalls gelernt.

Während diese Symptome zunächst real durch das organische Geschehen ausgelöst werden, können im Gefolge auch andere Reize, die dem Anfallsgeschehen zeitlich nahe waren, Reaktionen, insbesondere Unsicherheit, Angst und "Benommenheit" auslösen, die wie ein Menière - Geschehen empfunden werden. Diese sind insbesondere:

- die räumliche oder die Konfliktsituation, in der der Anfall geschah oder sich wiederholte,
- ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der auch dem organisch bedingten Anfall vorausging,
- eine Kopfbewegung,
- die Uhrzeit ....

Nun können auch noch zusätzlich mit zunehmender Wiederholung die auslösenden Reize immer un-spezifischer werden. Dann können schon **ähnliche** Situationen oder Phänomene zum Auslöser der Schwindel-Empfindungen führen, ein Vorgang, der als Reizgeneralisierung bezeichnet wird.

Die Angst selbst wiederum kann wie Schwinden und Schwindel empfunden werden, was einen dauerhaften Prozeß des Angst-Schwindels und der Schwindel-Angst einleiten kann.

Erschwerend kommt hinzu, daß zunehmend mehr Elemente immer wieder durch reale innenohrbedingte Drehschwindelattacken verstärkt werden können.

Langfristig führt dies aber zu einer immer weiteren Einengung sowie zur sozialen Isolierung und damit treten weitere psychogene Folgeprobleme auf, die selbst im Sinne eines Auslösers wirken können.

Dabei ist es wichtig zu wissen, daß diese Mechanismen überwiegend unbewußt ablaufen und für die Betroffenen – und meist für die Umgebung auch – oft "ungeheuerlich" in der Wirkung und im Verstehen sind. **Diese an sich gut therapierbaren psychogenen Schwindelformen sind um so häufiger zu erwarten, je weniger die Betroffenen nachvollziehbar über das organische Geschehen und seine Auswirkungen aufgeklärt sind.**

So kann sich der psychogene Schwindel selbst dann verfestigen, wenn das Gleichgewichtsorgan im Stadium IV, längst seine Funktion verloren hat.

### **Können psychogene Konstellationen einen Menière-Schwindel mit-bedingen?**

Eine bisher sicher nur spekulativ zu beantwortende Frage ist, inwieweit seelische Nöte selbst bei der Entstehung oder Ausprägung der Menièreschen Erkrankung beteiligt sein können. Ohne genau nachzuforschen, ziehen sich durch viele HNO-Lehrbücher Spekulationen über psychische Beteiligungen. So wird etwa eine "vegetative Labilität" beobachtet oder unterstellt (Boenninghaus 1990) oder mit dem Verweis darauf, daß die Anfallshäufigkeit unter Streß zunimmt, Psychopharmaka empfohlen (Scherer 1997). Viele Menière-Betroffene berichten, daß Schwindel-Anfälle in bestimmten Situationen eher auftreten als in anderen und dann vielleicht auch mehr oder weniger heftig sind, was aber auch durch die Mechanismen des reaktiven psychogenen Schwindels erklärt werden könnte.

Einer der ersten, die annahmen, daß sich die Psyche in Gleichgewichtsempfindungen und in der Muskelspannung ausdrücken könnte, war ein Psychoanalytiker der ersten Stunde, Paul Schilder (1942). Er ging noch weiter und vermutete, daß Veränderungen in der Psyche auch zu organischen Veränderungen in der Gleichgewichtsgegend führen könnten. Die Grundlage dafür war seine Beobachtung, daß das Gleichgewichtsorgan ein Sinnesorgan ist, das nur halbbewußte Eindrücke empfängt. Es reagiert darauf wiederum mit meist unbewußten, "instinktmäßigen, primitiven Bewegungen". Wenn dies zutrifft, müßte speziell für die Auslösung des ersten Anfalls bei Menière Patienten eine psychisch vermittelte Komponente zu finden sein.

Diese geben nun insbesondere psychodynamisch orientierte Autoren von Fowler und Zeckel 1952, Hinchcliffe 1967, Basequaz 1969 bis Groen 1983 an. Sie vermuteten, daß es im Anfall zu einer explosionsartigen Spannungsabfuhr komme, nachdem die Betroffenen oft unfähig gewesen seien, einer existentiellen Erschütterung anders Ausdruck zu verleihen.

Groen 1983 vermutete bei seiner Untersuchungsgruppe von 21 Patienten einen Schlüssel-Schloß-Mechanismus mit drei wesentlichen Einflußgrößen:

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

Wir haben 113 unserer stationär betreuten Menière-Patienten - ohne Vergleichsgruppe - einer psychologischen Diagnostik und psychologischen Gesamteinschätzung unterzogen. Nach unseren Beobachtungen ergeben sich überwiegend Hinweise auf reaktiv-depressive Entwicklungen im Sinne von "Anpassungsstörungen" auf die teilweise massiv bedrohliche organische Schädigung (Stand 2/98). Allerdings finden sich darüber hinaus bei gut der Hälfte der Menière-Erkrankten (57/113) bei der Erhebung der Krankengeschichte *auch* Grundkonstellationen vor oder bei dem Ausbruch der Erkrankung, bei denen nach psychologischer Einschätzung der Schwindel durchaus - lebensgeschichtlich - Sinn machen könnte. Allerdings kann auch dies nur ein weiterer Hinweis darauf sein, wie sehr Körper und Seele 24 Stunden zusammen unterwegs sind und gelegentlich auch Schwinden und "Schwindeln". Wie bei den anderen Untersuchungen mit meist deutlich weniger Patienten fehlen auch bei uns Vergleichsgruppen mit anderen psychosomatisch Erkrankten, die für oft ähnliche "typische Strukturen" beschrieben werden. Dort, wo Vergleichsgruppen einbezogen wurden, werden die Unterschiede um so kleiner und gehen gegen Null, wenn sich die Vergleichsgruppen in ihrer Symptomatik dem M. Menière nähern, beschreiben Wexler und Crary 1986. Sie postulieren, daß jede Erkrankung ihre eigene Psychopathologie hervorbringe.

### **Diagnose**

Um in dem Strudel des Schwindels nicht "durcheinander" zu kommen, ist für die therapeutische Sicherheit ein konzeptionelles, strukturiertes Handeln hilfreich. Dazu gehört zunächst eine klare Diagnose und die Unterscheidung der somatischen und psychogenen Anteile. Eine gründliche Erhebung der Krankengeschichte stellt für beide Anteile die wichtigste Grundlage dar. Gemeinsam mit den "einfachen", grundlegenden HNO Untersuchungen (Audiogramm, Vestibularistest, BERA) und einer Frenzelbrille läßt sich das komplexe Geschehen meist gut unterscheiden.

Der organische innenohrbedingte Anfall läßt sich kaum besser als durch das oben von Menière selbst gesagte beschreiben. Wichtig ist vor allem der - zeitlich begrenzte – akute Anfall mit Augenzittern (Nyctagmus) sowie die Begleitsymptome Hörverlust, Tinnitus und mehr oder weniger deutlich hinzukommende vegetative Symptome (Schweiß, Herzrasen, Blutdruckabfall...). Erbrechen und auch Durchfall können, und dann meist eindrucksvoll, auftreten, müssen es aber nicht. (Tabelle.1)

Für den Schwindel der Seele gilt die Faustregel, daß er um so wahrscheinlicher ist, je vielfältiger und undurchsichtiger die Beschwerden erlebt werden. Voraussetzung ist, daß auch mit Frenzelbrille kein Spontannystagmus festgestellt werden kann. Weiter ist wahrscheinlich, daß jeder Dauer-Schwindel ohne Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnerven-Beeinträchtigung psychogen bedingt ist, da die anderen "peripheren" Schädigungen des Gleichgewichtssystems meist nach wenigen Wochen zentral kompensiert werden. Dies gilt selbst dann, wenn Drehschwindel empfunden wird. (s. Tabelle 1).

Allerdings ist ein psychogener Schwindel nicht automatisch gegeben, wenn organisch "Nichts" gefunden wurde. Die Diagnose eines psychogenen Schwindel verlangt immer eine entsprechende fachgerechte Abklärung mit entsprechendem Hinweis der seelischen Dynamik (Psychodynamik).

### Möglichkeiten zur Unterscheidung des innenohrbedingten Schwindels von psychogenen Schwindelzuständen

	<b>Innenohrbedingter Schwindel – Anfall</b>	<b>Psychogener Schwindel Zustand</b>
<b>Beschreibung des Schwindels</b>	Drehschwindel, oft begleitet von Erbrechen, Tinnitus und Ohrdruck, der Raum bewegt sich um den Menschen,	vielfältig, "der Kopf dreht sich", Magendruck, Enge-Gefühl, Unsicherheit, "der Boden wankt" ...
<b>Dauer des Schwindels</b>	(mindestens 10) minutenlang bis stundenlang	"dauerhaft", "tagelang", "immer", situationsabhängig...
<b>Nystagmus ("Augenzittern")</b>	vorhanden (Frenzelbrille!)	Nicht vorhanden
<b>Audiogramm (Hörtest)</b>	wiederholte Tieftonverluste und –schwankungen	Ohne Änderung
<b>Fixieren eines festen Gegenstandes</b>	nicht möglich	Möglich
<b>Heftiges Auftreten</b>	nicht möglich, führt zu (erneuten) Umfallen	Bessert das Schwindel – Erleben Führt zu mehr Standfestigkeit
<b>Vertraute Menschen</b>	ohne direkten Einfluß auf den Schwindel	Kann das Schwindel – Erleben deutlich bessern

### Therapeutische Ansätze

Versteht man nun mit Lamparter (1995) unter einem psychosomatischen Schwindel Phänomene, bei denen "das Symptom Schwindel zwar in seiner unmittelbaren pathophysiologischen Fundierung organisch bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren bei der Entstehung, Verschlimmerung oder Aufrechterhaltung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes in erheblicher Weise wirksam werden", so handelt es sich beim M. Menière um eine psychosomatische Schwindel-Erkrankung (Schaaf 1998 a).

So bedarf der an M. Menière Erkrankte in der Regel einer integrierten Behandlung, sonst fallen die Betroffenen in die Lücke des doch meist getrennten therapeutischen medizinischen und psychologischen Vorgehens. Wichtig ist dabei eine zumindest verständige Abstimmung zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und günstigerweise auch Körpertherapeuten, wenn diese nicht in einer Person vereinigt sind (Schaaf 1998 b). Unerlässlich ist aber auch das eigene, engagierte, ggf. viel an Motivation und Kraft benötigende Wollen zur Gesundung bei den Betroffenen selbst.

Dabei könnte "die Rollenverteilung" wie folgt aussehen:

Dem **Arzt** obliegt die genaue Diagnostik und eine - für die Betroffenen nachvollziehbare - Aufklärung. Die Erkrankung sollte verstanden werden und Möglichkeiten des Umgangs mit den daraus erwachsenden möglichen Problemen, wie dem Schwindel und der allgemeinen Unsicherheit, besprochen werden. Hier zählt in allererster Linie der emphatische Zugang und die - auch nonverbal - vermittelte Kompetenz. Dabei gilt es, das Gewicht auf das zu legen, was in Anbetracht der Erkrankung, der Ressourcen des Betroffenen und der Anforderungen an den Erkrankten (Beruf, Familie etc.) noch möglich ist. Nicht sinnvoll ist es, in vermeintlicher Schonung eine Machbarkeit vorzutäuschen, die schnell enttäuscht werden kann.

Dabei hat die Medizin beim Menièreschen Leiden einiges zu bieten:

1. Aufklärung und Beratung: M. Menière ist keine Todes- oder Vernichtungs-Diagnose!
2. Eine effektive Dämpfung des akuten Anfalls mit antiemetischen Medikamenten (Mittel gegen den Schwindel), in der Regel in Zäpfchen-Form
3. Technische Kompensationshilfen beim Hörverlust von Hör- und CROS-Geräten über das Lippen-Ablesetraining, die Gebärdensprache, Sprachcomputer etc. bis zum Cochlear Implant
4. als allerletzte Möglichkeit die "definitive" Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans.

**HNO-ärztlich wird ein Stufenplan (Jahnke 1994) empfohlen, der sich medikamentös und chirurgisch vor allem an der Anzahl und Dauer der Schwindelzustände wie der Einschränkung des Hörvermögens orientiert. Dabei weist diese Klassifizierung keine zeitliche Gesetzmäßigkeit auf. Ein Menière-Leiden kann alle Stadien durchlaufen, aber auch bei Stadium 1 stehenbleiben.**

Im **Stadium 1+2** konzentrieren sich die HNO Ärzte auf die symptomatische Bekämpfung des akuten Schwindels mit schwindeldämpfenden Mitteln. Medikamentös werden für diese Stadien vor allem Betahistine propagiert. Dies sind chemisch gesehen histamin-analoge Substanzen, die die Durchblutung verbessern sollen. Leider sind große Zweifel mit der Wirksamkeit dieser Medikamente verbunden. Rational gilt für alle Medikamente, die den M. Menière über eine verbesserte Durchblutung beeinflussen sollen:

"Es ist extrem zweifelhaft, daß irgendein sogenanntes gefäßerweiterndes Medikament im Labyrinth signifikant den Blutfluß im Innenohr beeinflusst." (Paparella 1991) Selbst wenn man eine Durchblutungssteigerung erreichen könnte, wäre eine Beeinflussung des endolymphatischen Hydrops nur schwer vorstellbar. (Morgenstern 1994)

Deswegen setzen wir diese Medikamente nicht ein.

Wenn die Schwindelanfälle die Lebensqualität und/oder die Arbeitsfähigkeit durcheinanderwirbeln, kommen in **Stadium 2b und 3** weitergehende Eingriffe in Betracht. Solange noch ein Hörvermögen im Sprach-Bereich vorliegt, werden Eingriffe versucht, bei denen zumindest theoretisch eine Erhaltung des Hörvermögens möglich ist. Chirurgisch wird die Saccotomie als weltweit häufigster Eingriff bei M. Menière in vielfältigen Variationen durchgeführt. Dabei besteht die Hoffnung, den Endolymphatischen Sack, der die Endolymphflüssigkeit abtransportiert, zu entlasten. Leider ist es auch hier sehr fraglich, ob diese Maßnahme mehr das Endolymphatische Geschehen oder die Behandler entlasten. Die Erfolge der Saccotomie sind nicht größer als bei Placebo, dies liegt allerdings bei 70 %. (Zusammenfassung der Ergebnisse: Schaaf 1997a, Überblick s. Abb. 4).

Die Vermeidung von übermäßigem Alkohol und Nikotingenuß ist sicher vernünftig sowie eine kalorien-, flüssigkeits- und salzarme Ernährung.

Bedenkenswert sind gezielte Vitamingaben, am einfachsten in der natürlichen Form von Gemüse. Kaffee kann - in Maßen - die Gleichgewichtsfunktion verbessern.

Mehr als fragwürdig ist jede Art von Heilsversprechen.

Tritt in **Stadium 3** der - innenohrbedingte! - Schwindel öfters als zweimal die Woche auf und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch rein destruktive Maßnahmen in Betracht (Morgenstern 1994). Dazu gehört die transtympanale Gabe des ototoxischen Gentamycin (die auch schon in Stadium 2b durchgeführt wird) oder die immer erst als letzte erwogene Neurektomie des N.

vestibularis (Durchtrennung des Gleichgewichtsnerve) . Nachteil bei der Gentamycingabe sind die Gefährdung des Höranteils, bei der Neurektomie der relativ riskioreiche neurochirurgische Eingriff.

Durchschnittlich nach neun Jahren scheint bei 75% der Unbehandelten und nicht chirurgisch Therapierten(!) die Menièresche Krankheit "auszubrennen", d.h. die Schwindelanfälle werden schwächer oder verschwinden ganz. (Stahle et al. u. Kitahara in Huang 1991). In diesem **Stadium 4** befinden sich Menière-Betroffene organisch auf einem Niveau mit Menschen, die aus anderen Gründen, etwa durch eine Entzündung, ein Gleichgewichtsorgan verloren haben. Dem vorausgegangen sind allerdings möglicherweise dramatische Erlebnisse von langanhaltender Unsicherheit, die Narben hinterlassen haben können. Treten keine attackenweise Anfälle mehr auf, so kann die verminderte Gleichgewichtsfunktion vor allem mit Gleichgewichtsübungen wieder so weit wie möglich aufgebaut und erhalten werden.

Die Hörverluste sollten - bei entsprechender Indikation - in allen Stadien! mit Hörgeräten und/oder CROS-Geräten ausgeglichen werden. (s. Schaaf 1997a)

Der Wunsch an den Mediziner besteht in der Wahrnehmung und Respektierung der seelischen Seite sowie in der professionellen Weichenstellung. Dabei können auch schon Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelrelaxation oder das Autogene Training einen veränderten Umgang mit der Erkrankung einleiten.

Was in der Regel die Möglichkeiten der Medizin überschreitet, sind die zeitintensiven Zwischenschritte und die professionelle - psychotherapeutische und ggf. auch körpertherapeutische - Bearbeitung der Not der Betroffenen. Dies ist oft aber nötig. Auch wenn organische Schwachstellen oder Schäden vorliegen, so hängt Verlauf, Erleiden und Erleben der Erkrankung wesentlich von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien ab.

So sollten **Psychologen** professionell hinzugezogen und *aufgesucht* werden, wenn Krankheits-Bewältigungsprobleme auftreten und die Lebens-, (Liebes-) und Berufsfähigkeit gefährdet ist. Psychotherapeutische Hilfe ist insbesondere notwendig, wenn sich ein psychogener Schwindel einstellt. Dabei ist es oft sinnvoll, das soziale Umfeld, insbesondere die Lebenspartner, mit einzubeziehen (Praetorius 1995).

Es ist schon viel gewonnen, wenn psychotherapeutisch dahingehend gearbeitet werden kann, daß sich der unvermeidbare Schwindel auf die rein organischen Attacken beschränkt. Der Wunsch an den Psychotherapeuten ist, nicht jeden Schwindelanfall psychogen zu deuten.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß unsere Patienten nach einer sechs bis achtwöchigen psychosomatischen Arbeit meist einen "festeren" Stand und eine neue Sicherheit erlangen. Auch G. Goebel berichtet über die in Roseneck behandelten Menière-Patienten, daß der Angstanteil durch die Psychotherapie angegangen werden konnte und "nur noch" die meist sehr viel selteneren Menière-Anfälle übrig geblieben sind (persönliche Mitteilung).

Was die formale Therapierichtung angeht, so ist bei psychischen Erkrankungen mit einem hohen Angst-Anteil vom Ansatz her die Verhaltenstherapie die Methode der Wahl. Diese zeigt besonders bei der Bearbeitung des reaktiv psychogenen Schwindelanteils auch gute Erfolge.

## Übersicht über medizinische Maßnahmen bei M. Menière

Stadium:	Maßnahme	Idee	Bewertung
<b>Akute Anfälle</b>	Antiemetika i.v., oral, supp.	zentrale Dämpfung des innenohrbedingten Schwindels	Sinnvoll und effektiv, den Betroffenen Antiemetika mitgeben!
	<b>Selbst-Hilfekarte</b> <b>Tüte, Handy</b>	nützlich für die eigene Sicherheit bei jederzeit möglichem Anfall	Erhaltung des Handlungsspielraums
<b>Stadium I</b> fluktuierendes (schwankendes) Hörvermögen. Das Hörvermögen kann sich nach einem Schwindelanfall vollständig normalisieren	<b>Betahistin</b> <b>Diuretika</b> <b>Cortison</b>	über eine vermehrte Durchblutung soll eine Besserung der Symptomatik erreicht werden. Verringerung des Endolymphhydrops soll Immungeschehen beeinflussen	Selbst wenn (fraglich) die Durchblutungssteigerung erreicht würde, ist eine Hydrops Beeinflussung schwer vorstellbar In der Dauertherapie wg. Ototoxizität in hohen Dosen nicht sinnvoll Statistisch nicht gesichert
<b>Stadium II</b> Schwindel und fluktuierendes Hörvermögen, das sich spontan bessert, aber nicht mehr normalisiert.	<b>Saccotomie</b>	soll dem Endolymph- Sack Platz schaffen und die Endolymphzirkulation verbessern	Erfolg nicht höher als Placebo Die chirurgische Epithel-Schädigung kann die resorptive Leistungsfähigkeit vermindern
<b>Stadium III</b> deutliche Hörminderung ohne Fluktuation, weitere Schwindelanfälle.	<b>Labyrinth - Ausschaltung mit Gentamycin</b> <b>Neurektomie</b> <b>zentral/peripher</b>	überwiegend Ausschaltung der Sinneszellen Ausschaltung der Weiterleitung	Indiziert, wenn der organisch bedingte Schwindel relevant öfter als zweimal die Woche auftritt Letzte Maßnahme
<b>Stadium I – IV</b> (IV= ausgebrannte Menière-Krankheit)	<b>Hörgeräte</b> <b>CROS-Gerät</b> <b>Psychopharmaka</b>	Ausgleich des Hörverlustes und Erhaltung des Richtungshörens Abblocken von emotionalen Reaktionen	bei entsprechender Indikation notwendig!!! Wird zu oft unterlassen. Möglich etwa bei entsprechender psychischer Indikation, Nicht sinnvoll "gegen den Schwindel"

Beim M. Menière gibt es aber kein eindeutig etabliertes Verfahren. Dafür ist das Krankheitsbild, ebenso wie seine möglichen Ursachen, zu komplex. So bietet, wie die klinische Erfahrung auch in unserer Klinik zeigt, die Gesprächspsychotherapie nach Rogers mit ihren drei Grundvorstellungen Empathie, Kongruenz und Akzeptanz eine gute Grundlage bei der Therapie von Menière-Erkrankten. Die therapeutischen Möglichkeiten reichen von einer Verbesserung der Selbstakzeptanz, der Handlungsfähigkeit, der sozialen Durchsetzungsfähigkeit bis zur Entwicklung aktiver Streßbewältigung und schließt eine Verbesserung der körperlichen Symptomatik ein.

Aber auch der analytisch ausgerichtete Lamparter (1995) aus der Psychosomatischen Klinik in Ependorf berichtet, daß durch Bearbeitung der lebensgeschichtlichen Konflikte, insbesondere der Ag-

gressions- und Gewissensthematik, eine Reduktion der emotionalen Grundspannung erreicht und die Anfallshäufigkeit gesenkt werden könne.

### **Selbsthilfe**

Mehr noch als die Persönlichkeit des Therapeuten und die Therapiemethode wirkt aber die eigene Motivation und der Wille der Betroffenen, gesund zu werden (Lukas 1997). Letztlich geht es bei allen therapeutischen Begegnungen darum, daß die Menschen auf der Suche nach Lösungsmöglichkeiten in die eigene Gestaltung kommen können. Dazu gehört die Beschäftigung mit dem Krankheitsbild, um selbst kompetent im Hinblick auf das Mögliche und Nötige zu werden.

### **Eigene Notfallvorbereitung**

Es ist sinnvoll und effektiv, sich selbst auf einen möglichen Anfall vorzubereiten. Dazu wird benötigt:

1. Zäpfchen und Tabletten gegen die Übelkeit
2. Eine "Hilfe-Karte", die die Betroffenen in ihrem Schwindel als Kranke und nicht etwa als Betrunkene ausweist und um Unterstützung bittet. (Die Selbsthilfekarte kann kostenlos bei der DTL angefordert werden)
3. Eine Tüte, für den Fall, daß es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt.
4. technische Hilfsmittel wie ein Handy, um ggf. Hilfe anzufordern

### **Bemühung um die Wiedererlangung der eigenen Stabilität**

Zwar erholt sich nach einem akuten Menière-Anfall das Gleichgewichtssystem in der Regel spontan ausreichend, das gilt aber bei häufigeren Anfällen nicht mehr unbedingt. So sind Gleichgewichtsübungen ein wichtiger Schritt zur Erhaltung und Wiedergewinnung von Sicherheit in der Bewegung und der "Haltung" im weitesten Sinne. Dies gilt auch und gerade für "psychogene" Schwindelzustände! Hierzu gibt es viele Möglichkeiten. Einfache Übungs-Hefte werden von vielen Krankenkassen angeboten. Hervorragend sind Feldenkrais-Übungen geeignet und prinzipiell auch ohne Experten erlernbar (s. z.B. Feldenkrais 1987, Hanna 1990). Professionelle Körpertherapeuten sind dann nötig, wenn die eigene Kraft nicht mehr ausreicht (s. auch Speth in Nelting, Hesse, Schaaf 1998).

Wir arbeiten in der Tinnitus Klinik in Bad Arolsen neben einem individuell abgestimmten, speziellen Gleichgewichtstraining mit Tai Chi Chuan-Übungen. Diese Übungen sind zur Förderung der bewußten Wahrnehmung sowie zum Wieder- oder Neufinden sensomotorischer Balance gut geeignet (Nelting 1997), bedürfen aber initial der Anleitung.

Autoren: Dr. Helmut Schaaf, Hedwig Holtmann, Dr. Gerhard Hesse, Tinnitus-Klinik Arolsen

Der Artikel erschien im Tinnitus-Forum 2/99