

# 4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

## 4.10.6 HNO-Erkrankungen

CHRISTIAN HAERKÖTTER UND WOLFGANG HILLER

### 1 Einleitung

Die für die psychotherapeutische Arbeit relevanten Erkrankungen auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde sind vereinfachend in drei Gruppen zu unterteilen. Die erste Gruppe bilden Beschwerden, die aufgrund ihres rein funktionellen Charakters als somatoforme Störungen gesehen und behandelt werden. Dazu gehören etwa das Globusgefühl („Kloß im Hals“), Räusperzwang, verschiedene Parästhesien im HNO-Bereich sowie vor allem die funktionelle Aphonie (Sprachstörungen bei funktionsfähigen Sprachorganen), die psychogene Hörstörung und der psychogene Schwindel.

Eine zweite Gruppe kann man in Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit sehen, wie sie sich aus Stimm- und Sprachstörungen oder hochgradigen, mitunter progredienten Schwerhörigkeiten ergeben. Die Therapie oder Kompensation dieser Störungen ist zwar vorrangig das Arbeitsgebiet anderer Gesundheitsberufe (Phoniatler, Logopäden, Hörgeräteakustiker), eine psychotherapeutische Begleitung der Bewältigung dieser Behinderungen oder ihrer Folgen kann aber in manchen Fällen sinnvoll sein, wird allerdings hauptsächlich im Rahmen spezieller stationärer Angebote realisiert.

Im folgenden Text soll auf eine Gruppe von Störungen eingegangen werden, bei denen entweder diagnostizierbare organische Grunderkrankungen oder doch zumindest Hypothesen über einen ursächlichen pathophysiologischen Prozess vorliegen. Diese drei Störungen sind gleichzeitig die, mit denen Psychotherapeuten in ihrer alltäglichen Arbeit am häufigsten konfrontiert werden: Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière. Gerade in der Therapie des chronischen Tinnitus ist in den letzten Jahren ein sprunghafter Zuwachs an neuen Ansätzen und den entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen zu verzeichnen. Diese Tatsache findet ihren praktischen Niederschlag in der Neugründung einer beachtlichen Zahl von ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen, so dass von einer steigenden Bedeutung dieses Störungsfeldes für die psychotherapeutische Arbeit gesprochen werden kann. Die Besprechung dieses Störungsbildes wird dementsprechend zunächst ausführlicher erfolgen, bevor noch kurz auf Hörsturz und Morbus Menière eingegangen werden kann.

### 2 Tinnitus

#### 2.1 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

##### 2.1.1 Hauptmerkmale

**!** **Merke:** Als Ohrgeräusch oder Tinnitus wird jede Wahrnehmung akustischer Signale bezeichnet, die nicht auf entsprechende externe Schallquellen zurückzuführen ist.

Tinnitus ist keine eigenständige Erkrankung, sondern kann als Symptom verschiedener Störungen im akustischen System entstehen. In der überwiegenden Anzahl der Fälle kommt es jedoch nicht zur Diagnose einer ursächlichen Erkrankung. Die wahrgenommenen Geräusche können sehr unterschiedlicher Natur sein (Rauschen, Klingeln, Brausen, Hämmern ...), es dominieren hochfrequente Pfeifgeräusche. Wahrgenommen wird Tinnitus auf einem oder beiden Ohren, nicht selten auch mitten im Kopf. Tinnitus als vorübergehendes Phänomen ist häufig, in seiner chronischen Form kann er mit schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens einhergehen. Nur selten ist Tinnitus auf wirklich gefährliche körperliche Erkrankungen zurückzuführen.

Vom in den meisten Fällen vorliegenden subjektiven Tinnitus abzugrenzen ist der seltene „objektive Tinnitus“. Bei diesem ist die Geräuschwahrnehmung auf tatsächliche Schallquellen im Körper zurückzuführen, die auch von außen hörbar sind oder hörbar gemacht werden können (z.B. pulssynchrones Klopfen bei Stenosen der Halsschlagader).

##### 2.1.2 Epidemiologie

Sichere Angaben zur Epidemiologie des Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland ergab eine im Auftrag der Deutschen Tinnitus Liga DTL e.V. durchgeführte repräsentative Telefonumfrage (Pilgramm et al., 1999). Etwa ein Viertel der Bevölkerung im Alter von über 10 Jahren hatte demnach jemals Ohrgeräusche (24,9%), bei 13% hielten sie 5 Minuten oder länger an. Die Punktprävalenz wird mit 3,9% angegeben.

**!** **Merke:** 2,7 Millionen (3,5%) Menschen in Deutschland haben Ohrgeräusche länger als einen Monat, nach den Daten der DTL sind diese Personen als chronische Tinnituspatienten anzusehen. 1,5 Millionen (1,99 %) sind durch ihr Ohrgeräusch mittel-schwer bis zur Unerträglichkeit beeinträchtigt.

250.000 (0,33%) kommen jährlich nach Abzug der durchschnittlichen Sterberate und Erfolgstherapie als chronische Tinnituspatienten dazu (Inzidenz).

Zusammenhänge der Tinnitussymptomatik mit Geschlecht und anderen soziodemografischen Faktoren liegen nicht vor. Häufiger berichtete Korrelationen zwischen Lebensalter und Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ohrgeräusches sind durch den Einfluss von Lärm- und Altersschwerhörigkeiten zu erklären.

### 2.1.3 Onset und Verlauf

Ohrgeräusche können plötzlich oder schleichend entstehen, nicht in allen Fällen ist der Zeitpunkt der ersten Wahrnehmung unbedingt mit der Entstehung gleichzusetzen. In den meisten Fällen kommt es innerhalb kurzer Zeit durch Spontanremission oder akutmedizinische Maßnahmen zum völligen Verschwinden des Geräusches. Bleibt die Symptomatik jedoch länger als 6 Monate bestehen, wird vom chronischen Tinnitus gesprochen. Auch in diesen chronischen Fällen ist der weitere Verlauf in der Regel positiv, die anfängliche Beunruhigung weicht zunehmender Gewöhnung und Toleranz gegenüber dem Ohrgeräusch. Dieses kann zwar noch wahrgenommen werden, wird aber nicht mehr als Belästigung empfunden. In einigen Fällen jedoch gelingt diese Habituation nicht, das Geräusch wird als Störfaktor in der Kommunikation mit anderen und in eigenen Ruhephasen erlebt, mit ihm verbundene (Krankheits-)Ängste verstärken sich. Es resultieren ernsthafte Einschränkungen des individuellen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Man spricht vom „komplexen“ oder „dekompensierten chronischen Tinnitus“.

**!** **Merke:** Chronifizierungs- und Dekompensationsrisiken sind eingeschränktes Hörvermögen, vorheriges Vorliegen von depressiver oder Angstsymptomatik und hohe subjektive Bedeutung des Ohrgeräusches für den Betroffenen.

### 2.1.4 Klinische Merkmale

Eine früher vermutete „Tinnituspersönlichkeit“ im Sinne einer Prädisposition aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften konnte nicht belegt werden. Dekompensierte Tinnituspatienten scheinen verstärkt hypochondrische Tendenzen aufzuweisen, allgemein klagten Tinnituspatienten über mehr verschiedene körperliche Symptome als andere HNO-Patienten.

Hohe Komorbiditätsraten werden bei Tinnituspatienten besonders für depressive Störungen (60-80%) und Angststörungen (10-20%) berichtet. Es kann dabei nur bedingt von echter Sekundärsymptomatik die Rede sein, da bei einem Teil der Patienten Auffälligkeiten schon vor Auftreten des Ohrgeräusches bestanden.

Beklagt wird von den betroffenen Patienten vor allem der permanente Charakter der Geräusche. Die ständigen „Störgeräusche“ behindern sie in der Kommunikation, beim Hören und schränken die Konzentrationsfähigkeit empfindlich ein. Es resultieren private und berufliche Probleme. Auf der emotionalen Ebene stellen sich Hoffnungslosigkeit, Frustration, mitunter depressive Verstimmungen, ängstliche, aber auch gereizte und aggressive Reaktionen ein. Die Patienten fühlen sich ange-

spannt und unfähig, ihre Aufmerksamkeit vom Ohrgeräusch abzulenken. Begleitende somatische Beschwerden sind vor allem Schlafstörungen, aber auch Spannungskopfschmerzen, Magenschmerzen und Schwindelsymptomatik. Mitunter werden Folgen übermäßiger Medikamenteneinnahme berichtet, wobei die Medikamente gegen den Tinnitus direkt oder gegen die Folgeprobleme (z.B. die Schlafstörungen) gerichtet sein können.

Häufige Begleiterscheinung eines Ohrgeräusches ist die so genannte Hyperakusis, eine Überempfindlichkeit für alle Geräusche oberhalb eines bestimmten Lautstärkepegels. Die Hyperakusis wird mitunter von der so genannten Phonophobie unterschieden, einer panikartigen, mit ausgeprägter Vermeidung einhergehenden Reaktion auf bestimmte, meist als gesundheitsschädlich angesehene Geräusche. Beide Arten der Überempfindlichkeit sind nicht organisch im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität des Hörorgans.

### 2.1.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die medizinische Diagnostik beim akuten Tinnitus beschränkt sich in der Regel auf den Ausschluss einiger banaler (Ohrenschmalzpfropf, Tubenkatarrh ...) sowie natürlich der wenigen potenziell gefährlichen Ursachen, insbesondere des Akustikusneurinoms (ein gutartiger Tumor am Hörnerv, der sich durch einseitige Schwerhörigkeit und Tinnitus bemerkbar machen kann). Weiterhin werden ggf. Einflüsse der Halswirbelsäule und des Kiefergelenks abgeklärt.

Um sich aus psychologischer Sicht einen Überblick über den Grad der Belastung und die individuelle Gewichtung der resultierenden Einschränkungen zu verschaffen, sollten verschiedene Instrumente zum Einsatz kommen. Ratsam erscheint ein schrittweiser Einsatz, so können sich weitere Schritte als überflüssig erweisen, wenn das im Fragebogen berichtete Belastungsniveau niedrig ist.

**!** **Merke:** Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren bei Tinnitus

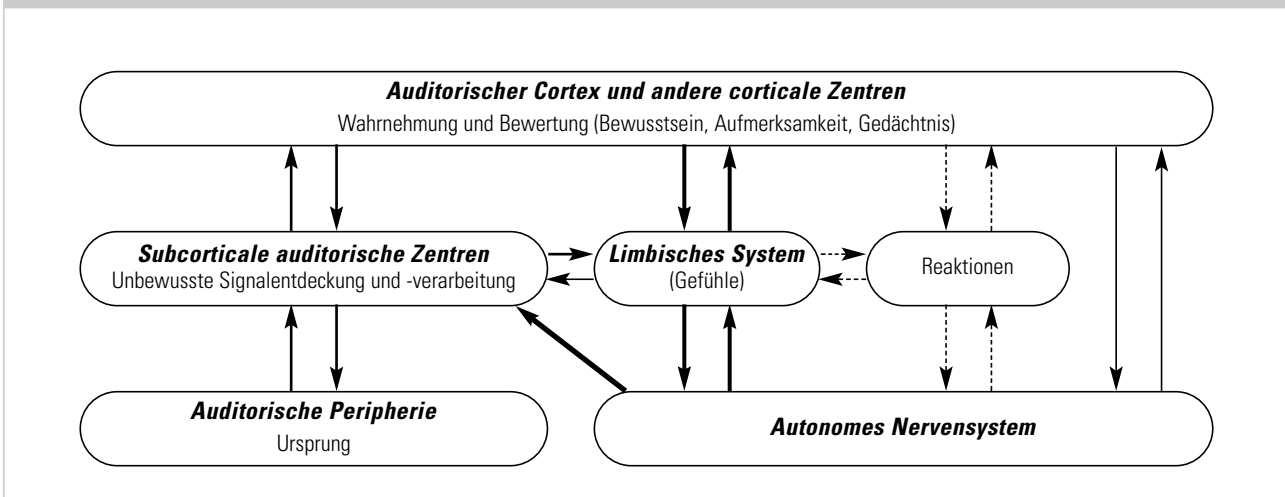
- Fragebögen, z.B. Tinnitus-Fragebogen (Goebel und Hiller, 1998)
- Interviews, z.B. Strukturiertes Tinnitus-Interview (Hiller et al., 2000)
- Tinnitus-Tagebücher mit visuellen Analogskalen (wie z.B. in Kröner-Herwig, 1997)

Angesichts der berichteten Komorbiditäten kann neben diesen störungsspezifischen Instrumenten natürlich nicht auf die gängigen diagnostischen Instrumente gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV verzichtet werden. Von psychotherapeutischer Seite wird die Tinnitussymptomatik nach ICD-10 unter F54 (psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten) eingestuft.

### 2.1.6 Störungsmodell

Aus medizinischer Sicht werden beim akuten Tinnitus analog zum Hörsturz in der Regel Ursachen auf cochleärer Ebene angenommen, meist im Sinne einer Mangelversorgung und daraus folgender Fehlfunktion der Haarzellen, diskutiert werden außerdem Autoimmunprozesse. Akutmedizinische Maßnahmen zielen dementsprechend hauptsächlich auf eine verbesserte Durchblutung bzw. Sauerstoffversorgung des Innenohres ab. Die

Abbildung 1: Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff (1999)



Zweckmäßigkeit und der Erfolg dieser Maßnahmen gerade unter Berücksichtigung der Spontanremissionsrate sind umstritten. Zusammenhänge zwischen medizinisch-somatischen Faktoren wie bestimmten Tinnitusursachen oder Charakteristiken des Geräusches auf der einen und dem individuellen Belastungsgrad auf der anderen Seite fehlen.

Schon lange ist bekannt, dass ähnlich wie beim Schmerz auch bei einer angenommenen peripheren akuten Verursachung eines Ohrgeräusches zentrale Prozesse im Laufe der Chronifizierung immer wichtiger werden. Auf die dabei anzunehmenden psychischen Prozesse ging zuerst Hallam (1987) ein. Erst das neurophysiologische Modell von Jastreboff (1999) verband jedoch physiologische und psychologische Aspekte in einer Darstellung. Es ist darüber hinaus in der Lage, einige interessante und bis dato rätselhafte Befunde zum Tinnitus zu erklären (ein Beispiel dafür ist das so genannte Heller-Bergman-Experiment: Beim Großteil aller Menschen ohne Tinnitus lässt sich ein solcher auslösen, wenn man sie eine gewisse Zeit in einer schalltoten Kammer isoliert). Ungeachtet der Tatsache, dass Umsetzung und Evaluation der von Jastreboff (1999) und Hazell (1999) aus diesem Modell abgeleiteten Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) noch kontrovers diskutiert werden, kann das Modell als gesichert gelten. Als mögliche Tinnitusursache gilt nach diesem Modell jede (periphere) Irritation innerhalb des Hörsystems. Diese Irritation stimuliert alle beteiligten Hirnzentren zu vermehrter Aktivität (z.B. um das Defizit einer Schwerhörigkeit oder den mangelnden Signaleingang in der schalltoten Kammer auszugleichen). Durch diese Aktivitätssteigerung können „Arbeitsgeräusche“ des Hörsystems hörbar werden. Die Hyperaktivität der beteiligten Zentren manifestiert sich für die Betroffenen als Tinnitus und/oder Hyperakusis. Das neurophysiologische Modell macht nun auch eine Unterscheidung von gelungener und misslungener Tinnitusverarbeitung möglich. Der einmal entstandene oder besser wahrgenommene Tinnitus sollte im Laufe der Zeit eigentlich von den vorhandenen effizienten Filtermechanismen unseres Gehirns weitgehend ausgeblendet werden, da er weder wichtig noch neu ist. Dieser Habituation der Wahrnehmung entgegenwirken können jedoch zunächst inadäquate Bewertungen

des Ohrgeräusches als gefährlich, bedrohlich oder generell bedeutsam. Diese Bewertungen können zu intensiven emotionalen und autonomen Reaktionen führen, die gerade in der Akutphase schnell auf den Tinnitus-Reiz hin konditioniert werden.

## 2.2 Umsetzung in die klinische Praxis

Als Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung bei chronischem Tinnitus sind zunächst natürlich die HNO-ärztliche Abklärung, eine schwer wiegende Beeinträchtigung durch die Symptomatik und der Ausschluss anderer, primär behandlungsbedürftiger Störungen zu nennen. Immer sollte aber auch eine ausreichende Therapiebereitschaft sichergestellt werden, was praktisch vor allem bedeutet, dass der Patient oder die Patientin mit dem Therapieziel „psychologische Bewältigung statt medizinischer Heilung“ einverstanden sein muss.

Unter dem allgemeinen Therapieziel der Habituation muss zunächst der Abbau oder die Modifikation der emotionalen und autonomen Reaktionen auf den Tinnitus verstanden werden (Habituation der Reaktion). Gelingt diese, wird auf Dauer das Ohrgeräusch immer seltener oder leiser wahrgenommen (Habituation der Wahrnehmung), dies wird in der TRT durch die dort praktizierte Geräuschtherapie unterstützt. In der Forschung zur Psychotherapie bei chronischem Tinnitus haben sich Kombinationen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen mit Entspannungsverfahren (siehe z.B. das Manual von Kröner-Herwig, 1997) als erfolgreich herausgestellt. Fasst man deren wichtigste Elemente zusammen und erweitert diese um einige Punkte, die der neuere Ansatz der TRT (zur Praxis der TRT siehe Hesse, 2000) beisteuert, ergeben sich folgende Schwerpunkte für die klinische Praxis:

- Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff eignet sich ideal zur **Erarbeitung eines Störungsmodells**. Aufgrund der somatischen Fixierung vieler Tinnituspatienten sollte diese Erarbeitung möglichst vor anderen therapeutischen Schritten erfolgen. Neben der anschaulichen Erläuterung und dem direkten Bezug des Modells auf die individuelle Symptomatik ist auch die Ableitung von Verhaltensimplikationen wichtig. Zen-

tral ist die Direktive „Stille vermeiden“. Den Patienten muss deutlich werden, dass das Gehör als Sinnesorgan ausreichend stimuliert werden muss, nicht übermäßig geschont werden darf, um seine regulativen Funktionen zu erhalten. Eine Anreicherung der akustischen Umgebung durch diverse Schallquellen ist also wünschenswert, bei Vorliegen einer Schwerhörigkeit folgt daraus die Notwendigkeit der Hörgeräteversorgung.

- Auch zum **Abbau von Ängsten und fehlerhaften Krankheitsmodellen** über Tinnitus, Hörsturz und verwandte Phänomene ist die Edukation wichtig. Häufig von Patienten vorgebrachte, nicht korrekte Annahmen über Tinnitus sind etwa „Tinnitus (Hörsturz) ist ein Infarkt im Innenohr“, „Der Tinnitus schädigt mein Gehör“, „Der Tinnitus wird immer lauter werden“.
- **Veränderung dysfunktionaler Kognitionen:** Es sind häufig typische dysfunktionale kognitive Bewertungen des Ohrgeräusches („Das Ohrgeräusch wird immer lauter werden, bis ich es nicht mehr aushalte“, „Wenn das Ohrgeräusch bleibt, kann ich nie mehr arbeiten“), die gerade in kritischen Situationen zu entsprechenden emotionalen Konsequenzen führen und einen angemessenen Umgang mit dem Ohrgeräusch und eine erfolgreiche Bewältigung der Situation verhindern. Diese sind anhand von Beispielsituationen sorgfältig zu explorieren und nach Möglichkeit zu modifizieren. Vorbedingung ist die Erarbeitung eines von den Patienten akzeptierten Störungsbildes, aus welchem klar hervorgeht, dass ungeachtet der individuell verschiedenen akuten Auslöser des Ohrgeräusches gleiche Mechanismen bei dessen Verarbeitung greifen.
- Erlernen von **Entspannungsverfahren:** Empfehlenswert sind hier alle Varianten der progressiven Muskelentspannung (PMR). Einzelne Patienten machen auch mit anderen Verfahren (AT, Meditation) gute Erfahrungen, ein Vorteil der PMR scheint jedoch in der aktiven Bewegung zu liegen, wodurch gerade in der Anfangsphase den Patienten die Lenkung der Aufmerksamkeit weg vom Tinnitus leichter möglich ist.
- Training der **Aufmerksamkeitslenkung:** Tinnituspatienten sind häufig auf das Hören als dominanten Sinneskanal und das Ohrgeräusch als wichtigstes Signal fixiert. Durch geeignete Übungen kann ihnen vermittelt werden, dass sie ihre Aufmerksamkeit gezielt auf andere Sinnesgebiete (Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen) lenken und diese Fähigkeit trainieren können. Zum anderen können ihnen Höreindrücke außerhalb des Tinnitus vermittelt und so die Prinzipien der Signalverarbeitung im Hörsystem, wie sie in der Edukation theoretisch zur Sprache kamen, praktisch veranschaulicht werden („Hörtraining“).
- **Abbau des Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens:** Nicht zuletzt aus der Befürchtung heraus, ihr Gehör schädigen zu können, ziehen sich viele Tinnituspatienten aus ihrem beruflichen und privaten Umfeld zurück bzw. vermeiden bestimmte Aktivitäten gezielt (Konzerte, größere Versammlungen ...). Bei der Änderung dieses nicht sinnvollen Schonverhaltens ist den Patienten eine langfristige Perspektive bzw. schrittweise Strategie zu vermitteln: Gerade bei den Tinnitus begleitender Hyperakusis wird die Konfrontation mit lauten Umgebungen zunächst als nicht angenehm erlebt, hier ist eine schrittweise Annäherung und langsames „Trainieren“ der Gehörs für diese Situationen notwendig.
- **Analyse funktionaler Beziehungen zum Tinnitus:** Das erwähnte Schonverhalten führt natürlich auch zu Vorteilen für die Betroffenen, zur Befreiung von unliebsamen Tätigkeiten

oder Aktivitäten. Um den Einfluss des Ohrgeräusches zurückzudrängen, ist eine Analyse dieser funktionalen Beziehungen zum Tinnitus unbedingt notwendig, wird aber nur dann fruchtbar sein, wenn alternative Lösungswege erarbeitet werden (so muss etwa der „Partymuffel“ lernen, seine Unlust offen zu artikulieren oder Kompromisse einzugehen, statt die Ohrgeräusche oder die Geräuschempfindlichkeit vorzuschieben, um eine Einladung auszuschlagen).

**!** **Merke:** Die zentralen Inhalte der Psychotherapie bei chronisch komplexem Tinnitus

- Erarbeitung eines Störungsmodells
- Abbau von Ängsten und fehlerhaften Krankheitsmodellen
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Trainieren der Aufmerksamkeitslenkung
- Abbau des Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens
- Analyse funktionaler Beziehungen zum Tinnitus

Praktisch können alle diese Punkte sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie umgesetzt werden. Die Gruppentherapie hat ökonomische Vorteile und bietet die Möglichkeit zum Austausch der Patienten untereinander. Mitunter können aber Themen, die nicht direkt in Zusammenhang mit dem Tinnitus stehen, besser in einer begleitenden Einzeltherapie bearbeitet werden.

### 3 Hörsturz

**!** **Merke:** Von einem Hörsturz spricht man bei plötzlich einsetzender Hörminderung typischerweise auf einem Ohr.

Von den Betroffenen wird das Hören als „plötzlich dumpf“ oder „wie durch Watte“ beschrieben. Begleitet wird ein Hörsturz häufig von Ohrgeräuschen (60-90%), von Druckgefühl im Ohr (50%) und von Schwindelsymptomatik (30-40%). Es werden jährliche Inzidenzraten von 0,02% angegeben. Nach einem ersten Hörsturz kann die Prognose als günstig gelten, da zum einen Rezidivraten von lediglich maximal 9% berichtet werden und zum anderen nur bei 10-20% eine bleibende Hörminderung zu erwarten ist. Die Zahl der Spontanremissionen liegt hoch (ca. 70%). Aus medizinischer Sicht entsprechen sich Hörsturz und akuter Tinnitus weitgehend in Differentialdiagnostik, ätiologischen Annahmen und akutmedizinischen Maßnahmen. Nicht selten entsteht ein Hörsturz in einer Phase großer Belastung oder aber aus der Ruhe direkt nach einer solchen Phase heraus. Subjektiv wird das plötzliche Geschehen als dramatisch erlebt, es wird von den Patienten häufig als erstes Erleben der eigenen Leistungsgrenze gedeutet. Dazu passt, dass die meisten Hörstürze im Alter zwischen 30 und 60 Jahren auftreten. Psychotherapeutische Hilfe suchen nur wenige Patienten wegen eines Hörsturzes. Dementsprechend liegen keine Therapieprogramme und allgemein nur wenige Studien zum Thema vor. Wichtigster Ansatzpunkt sind hier die von den Patienten typischerweise berichteten Belastungsfaktoren im privaten und beruflichen Umfeld.

Wie beim Tinnitus sollte die Therapie durch einige edukative Einheiten eröffnet werden, die vor allem dem Abbau der Angst vor vermeintlichen gefährlichen Grunderkrankungen und vor wiederholten Hörstürzen dienen. So wird der Hörsturz oft fälschlich als „Infarkt im Ohr“ bezeichnet. Einige Patienten kommen so zu der Überzeugung, sie hätten ein erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die eigentlich psychotherapeutischen Sitzungen sollten sich auf die Stressbewältigung konzentrieren, ergänzt durch Entspannungsverfahren.

### 4 Morbus Menière

**!** **Merke:** den Morbus Menière kennzeichnet die typische Symptomtrias:

- Drehschwindel- oder Schwankschwindelanfälle mit Übelkeit und Erbrechen,
- einseitiges Ohrgeräusch, Druck und Völlegefühl im Ohr und
- einseitige Schwerhörigkeit.

Das Syndrom verläuft in Schüben, wobei die Anfälle Minuten bis Stunden dauern und sich nach mehreren Tagen oder Wochen wiederholen. Die zunächst nur im Anfall auftretenden Symptome Tinnitus und Schwerhörigkeit bleiben nach wiederholten Anfällen bestehen, die Schwerhörigkeit in progredienter Form, so dass bei nicht behandeltem oder therapieresistentem Morbus Menière das betroffene Ohr im Laufe der Zeit ertauben kann. In diesem Fall kommt die gesamte Symptomatik mit „Ausbrennen“ des cochleären und vestibulären Systems zum Erliegen, häufig mit Ausnahme des Tinnitus. Betroffen ist fast immer nur ein Ohr. Der Hörverlust beginnt im Gegensatz zu anderen Schwerhörigkeiten im Tieftonbereich, analog sind die wahrgenommenen Ohrgeräusche auch eher von tieffrequenter Art (oft als Rauschen, Brummen oder Brausen beschrieben). Epidemiologisch werden Prävalenzen von maximal 0,1% geschätzt.

Als Ursache des Morbus Menière wird eine Zunahme der Endolymphe in Cochlea und Gleichgewichtsorgan angenommen („Hydrops“), also ein Anschwellen des Systems, welches starke Irritationen bzw. Beschädigungen der Sinneszellen zur Folge hat. Ähnliche Vorgänge kommen auch in abgeschwächter Form vor („Hydrops-Schwerhörigkeit“), ohne dass es zum Vollbild des Morbus Menière kommen muss. Die medizinische Therapie konzentriert sich dementsprechend auf die Regulierung des Flüssigkeitshaushalts im Innenohr (Diät, Diuretika ...), bei anhaltenden starken Beschwerden stehen auch einige invasive Methoden zur Verfügung. Eine Bestimmung des Erfolgs einzelner therapeutischer Maßnahmen wird durch die Unkalkulierbarkeit der Anfälle erschwert.

In der Reaktion der Betroffenen auf die Erkrankung stehen Ängste vor weiteren unvermuteten Anfällen, einem Fortschreiten der Symptomatik und den praktischen Folgen (Verlust der Fahrtüchtigkeit, Gefahr der Berufsunfähigkeit) im Vordergrund. Dabei beeinflussen sich die Grundsymptomatik (einschließlich organisch bedingten Schwindels) auf der einen und die Angst und die psychogenen Schwindelanteile auf der anderen Seite gegenseitig. Inzwischen liegen zum Morbus Menière fundierte psychosomatisch orientierte Therapieleitfäden wie der von Schaaf (1998) vor.

Im psychotherapeutischen Kontakt mit Morbus-Menièr-Betroffenen sollte zunächst ein klares Störungsmodell vermittelt werden. Ferner sind Maßnahmen zur Angstbewältigung sowie zur Bewältigung der mit der Störung verbundenen Stressfaktoren angezeigt. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf dem schubartigen Verlauf der Krankheit liegen. Ein wichtiges Therapieelement ist die Stärkung des Gleichgewichtssinnes insgesamt zur besseren Kompensation der Schwindelsymptomatik. Geeignet sind hier viele Übungen („Schwindeltraining“), wie sie in der entsprechenden Literatur geschildert werden. Aus dieser Perspektive ist auch ein allzu ausgeprägtes Schonverhalten kritisch zu hinterfragen.

### 5 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Was antworte ich auf die Frage, ob ein Ohrgeräusch jemals wieder verschwindet?*  
→ Wenn das Ohrgeräusch länger als 6 Monate vorliegt, ist ein „Verschwinden“ unwahrscheinlich, realistisch ist eine weitgehende Gewöhnung, so dass es kaum noch wahrgenommen wird.
2. *Kann ich einem Patienten wirklich davon abraten, Gehörschutz zu benutzen, auch wenn sein Gehör doch so empfindlich ist?*  
→ Grundsätzlich kann ein Tinnitus-Betroffener seinem Gehör das Gleiche zumuten wie jeder andere. Aus den genannten Gründen sollte er dies auf längere Sicht auch tun.
3. *Was mache ich, wenn ein Tinnitus-Betroffener nach über 12 Monaten noch akutmedizinisch (z.B. mit durchblutungsfördernden Mitteln) behandelt wird?*  
→ Grundsätzlich auf Kompetenz des Arztes verweisen, aber anregen, dass der Patient dieses Thema beim Arzt zur Sprache bringt, auch auf Widerspruch zwischen Medikamenten und Bewältigungsorientierung hinweisen. Anbieten, selbst Kontakt zum Arzt aufzunehmen.
4. *Kann ich jemanden, der erst seit 4 Wochen unter Tinnitus leidet, zur Therapie annehmen?*  
→ Bei starkem Leidensdruck kann dies im Sinne einer Krisenintervention sinnvoll sein. Zu beachten ist jedoch der Widerspruch zwischen den Zielen medizinischer Maßnahmen und psychologischer Bewältigung sowie (vor allem in Gruppen!) die mögliche rasche Besserung der Symptomatik.
5. *Welche Hilfe außerhalb der Therapie kann ich vermitteln?*  
→ Die Deutsche Tinnitus Liga DTL in Wuppertal unterhält in jeder größeren Stadt eine Selbsthilfegruppe, hier sind auch die Menière-Betroffenen richtig. Hilfreich in der psychotherapeutischen Arbeit sind außerdem Kontakte zu Ohrenärzten, Orthopäden, Zahnärzten und Hörgeräteakustikern, die sich mit Tinnitus gut auskennen.

### 6 Prüfungsfragen

1. Wie häufig oder selten ist Tinnitus?
2. Kann ein Ohrgeräusch Symptom lebensbedrohlicher Erkrankungen sein?

3. Über welche Beschwerden klagen Tinnitus-Betroffene am häufigsten?
4. Skizzieren Sie ein Tinnitusmodell, wie Sie es einem Patienten erklären würden!
5. Warum sind edukative Elemente in der Tinnitustherapie so wichtig?
6. Welche Elemente sollte ein psychotherapeutisches Programm bei chronischem Tinnitus umfassen?
7. Was ist ein Hörsturz?
8. Welche Symptome liegen beim Morbus Menière vor und welchen Verlauf kann die Erkrankung nehmen?

## 7 Literatur

### a) zitierte Literatur

- Goebel G, Hiller W: Tinnitus-Fragebogen (TF). Göttingen: Hogrefe, 1998
- Hallam RS: Psychological approaches to the evaluation and management of tinnitus distress. In: Hazell J (ed.): Tinnitus. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987, 156-175
- Hazell JWP: The TRT method in practice. In: Hazell J (ed.): Proceedings of the sixth international tinnitus seminar. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre, 1999
- Hesse G (Hrsg.): Retraining und Tinnitustherapie. Stuttgart: Thieme, 2000
- Hiller W, Goebel G, Schindelmann U: Systematische Fremdbeurteilung von Patienten mit chronischem Tinnitus (Strukturiertes Tinnitus-Interview). Diagnostica 2000;46:93-102
- Jastreboff PJ: The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis. In: Hazell J (ed.): Proceedings of the sixth international tinnitus seminar. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre, 1999
- Kröner-Herwig B (Hrsg.): Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1997
- Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H, Siedentop H, Goebel G, Kirchhoff D: Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland – eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 1999;7:261-265
- Schaaf H: Morbus Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfad. Berlin: Springer, 1998

### b) weiterführende Literatur

- Feldmann H: Tinnitus. Grundlagen einer rationalen Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Thieme, 1998 (zu medizinischen Aspekten des Tinnitus)
- Goebel G (Hrsg.): Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. München: Quintessenz, 2001 (zu psychosomatischen Aspekten des Tinnitus)
- Hellbrück J: Hören. Physiologie, Psychologie und Pathologie. Göttingen: Hogrefe, 1993 (zum Hören allgemein)
- Biesinger E: Die Behandlung von Ohrgeräuschen. Was Tinnitus-Patienten das Leben leichter macht. Stuttgart: Thieme, 1996 (Selbsthilfebuch)
- Hallam RS: Leben mit Tinnitus. Wie Ohrgeräusche erträglicher werden. München: Quintessenz, 1992 (Selbsthilfebuch)
- Kellerhals B, Zogg R: Tinnitus-Hilfe. Ein Arbeitsbuch für Patienten und ihre ärztlichen und nichtärztlichen Helfer. Freiburg: Karger, 1996 (Selbsthilfebuch)
- Schaaf H: Morbus Menière. Krieg im Innenohr. Berlin: Springer, 1995 (Selbsthilfebuch)