

Q. Hals-Nasen-Ohren- Erkrankungen

ULRICH LAMPARTER

1. Zur Stellung der Psychosomatik in der HNO-Heilkunde

In der persönlichen Beziehung zwischen SIGMUND FREUD und dem Berliner HNO-Arzt WILHELM FLIESS bestand anfänglich zwischen der HNO-Heilkunde und der sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts so stürmisch entwickelnden psychologischen Medizin eine intensive Verbindung.

In der Folgezeit gingen jedoch beide Fächer weitgehend voneinander getrennte Wege.

Erstmals stellte LÜSCHER (1959) den psychosomatischen Gesichtspunkt in der HNO-Heilkunde im deutschen Sprachraum zusammenfassend und grundlegend dar. Aber bis heute sind die Krankheitsbilder des HNO-ärztlichen Fachgebietes – bis auf wenige Ausnahmen – noch nicht durchgängig und systematisch unter psychosomatischen Gesichtspunkten erforscht. So verdankt die HNO-Heilkunde im wesentlichen ihre Fortschritte den enorm verfeinerten diagnostischen und operativen Techniken, während die der psychosomatischen Domäne zuzuschlagenden funktionellen Störungen im HNO-Bereich – wiewohl in der Praxis häufig – an den die Forschung im wesentlichen tragenden Universitätskliniken eher in den Windschatten geraten sind (HOFFMANN, 1986). Ein weiterer Grund mag wissenschaftshistorisch begründet sein: Frühe psychosomatische Ansätze bezogen sich hauptsächlich auf den Mechanismus der «Konversion» als erklärendes Prinzip – man nahm bei der deutenden Interpretation von Symptomgestalten häufig eine Beziehung zu sexuellen Konflikten über eine «Verschiebung von unten nach oben» an, die letztlich aber als Erklärung vieler – durchaus in ihrer Natur als psychosomatisch erkannter – Störungen unbefriedigend blieb.

Heute steht eine breitere Palette an erklärenden Prinzipien (Haltungsäquivalent, Affektäquivalent, Konditionierung usw.) zur Verfügung. Zudem wird auch der Gesichtspunkt mehr in den wissenschaftlichen Blick genommen, daß Hals, Nase und Ohr Grenzorgane zur Außenwelt darstellen, die Auseinandersetzungen des Individuums mit der Umwelt tragen und in ihren Dysfunktionen eine Störung in der Auseinandersetzung zwischen Individuum und Umwelt entsprechend widerspiegeln können. Insgesamt bietet das Fachgebiet der HNO-Heilkunde noch viele weiße Flecken auf der psychosomatischen Landkarte. Bei der Darstellung der praktischen Psychosomatik muß so immer wieder auf klinisches Erfahrungswissen verwiesen werden.

2. Nase

2.1 Psychosomatische Probleme im Zusammenhang mit der äußeren Form der Nase

Die äußere Form der Nase prägt den Gesichtsausdruck, und die Nase wird so zum vielfältigen, teils bewußten, teils unbewußten Bedeutungsträger. Konflikte um Alter und Einsamkeit, besonders aber Selbstwertkonflikte im Rahmen einer Selbstakzeptationsproblematik können sich an der Nasenform thematisieren und sich bis zu einer *Nasenformhypochondrie* (einer Sonderform der

Dysmorphophobie) ausgestalten. Korrigierende operative Eingriffe in diesen Fällen bergen die Gefahr eines vom Patienten als unzulänglich erlebten Ergebnisses. Auch bei zufriedenstellend erlebtem operativen Resultat kann – scheinbar paradoxerweise – eine depressive Entwicklung beginnen, – als nämlich dann der Schutzmechanismus («wenn ich nur eine andere Nase hätte, wäre alles anders») außer Kraft gesetzt wurde und sich außer der Nasenform doch nichts im Leben des Patienten verändert hat. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die nachvollziehbar an dem Ausdruck leiden, den ihr Gesicht durch die Nasenform gewinnt. Ihnen kann durch kosmetische Eingriffe tatsächlich wirksam geholfen werden. In Zweifelsfällen sollte vor der operativen Korrektur eine psychosomatische Konsiliaruntersuchung erfolgen.

2.2 Akute Rhinitis

Die akute Rhinitis im Rahmen einer banalen Erkältung war bislang noch kaum ein Gegenstand systematischer psychosomatischer Untersuchungen: Dennoch ist es eine allgemeine Erfahrung, daß Erkältungen oft nach «Kränkungen» auftreten oder «psychosomatische Ventile» bei lang hintangehaltenen Regressionswünschen darstellen. Der Einfluß von «Streß» auf die Entwicklung eines Schnupfens läßt sich experimentell belegen (COHEN u. TYRELL, 1991).

2.3 Chronische Rhinopathie («Rhinitis»)

Durch die Nasenmuscheln, die – vegetativ innerviert – als Schwellkörper fungieren, wird dem Luftstrom eine großflächige Möglichkeit der Interaktion mit der Nasenschleimhaut angeboten. Besonders die Temperatur, aber auch die Durchfeuchtung der Einatemluft wird über die Intensität der Durchblutung der Nasenmuscheln reguliert. Dabei vermittelt eine vermehrte parasympathische Innervation das Anschwellen der Nasenschleimhaut, in der sympathischen Reaktionslage kommt es zu einer nasalen Vasokonstriktion mit einer Erweiterung der Nasenräume.

Nasenobstruktion, Rhinorrhoe, Niesreiz, Hyposmie und «post drip» (Schleimabfluß in den Rachen) sind die gemeinsamen Hauptsymptome der in zwei klinischen Bildern auftretenden chronischen Alteration der nasalen Regulationsfunktionen: der mit einem allgemeinen Krankheitsgefühl einhergehenden, oft mit Konjunktivitis und Tränenfluß verbundenen *allergischen Rhinopathie* auf dem Boden einer vorausgegangenen Immunisierung gegen Pollen, Hausstaub, Tierhaare usw. und der *vasomotorischen Rhinopathie*, die über rein vegetative Mechanismen vermittelt ist.

2.3.1 Allergische Rhinopathie («Rhinitis»)

Die allergische Rhinopathie unterteilt sich in zwei Formen: eine saisonale, den eigentlichen Heuschnupfen, der durch Gräser, Baum- oder Kräuterpollen hervorgerufen wird, und eine perenniale (das Jahr hindurch anhaltende) Form, die z. B. durch Hausstaubmilben, Tierhaare oder Schimmelpilze bedingt sein kann.

Die saisonale Form geht meist mit allen klassischen Zeichen der serösen Rhinitis einher, während bei der perennialen Form oft bis auf eine Nasenmuschelhyperplasie kein pathologischer Befund gefunden wird (ZENNER, 1987).

Am Anfang der Pathogenese steht bei beiden Formen eine immunologische Phase, in welcher spezifische Antigene mit an Mastzellen oder basophilen Granulozyten gebundenen IgE-Komplexen interagieren. Intrazellulär werden nun über ein verändertes Verhalten von cyclischem AMP und cyclischem GMP Granula aus den Mikrotubuli freigesetzt. Diese Granula enthalten Entzündungsmediatoren wie Histamin und chemotaktische Faktoren. Die Zellen beginnen zudem Leukotriene (langsam reagierende Substanzen der anaphylaktischen Reaktion) und weitere aktivierende Faktoren zu synthetisieren, später auch freizusetzen. Besonders über Kallikrein, Bradykinin wie auch über das Histamin wird eine verstärkte Vasopermeabilität erzeugt. Entsprechende Histamin-Rezeptoren befinden sich sowohl an den Blutgefäßen und den Drüsen der Nase wie auch an den sensiblen Nervenendigungen des Nasenraumes, über welche sowohl die sekretomotorische Aktivität, ebenso aber auch das Niesen und Schneuzen reflektorisch aktiviert wird (KIMMELMANN u. GAMMANN, 1986).

Psychische Faktoren spielen bei den Phänomenen der allergischen Disposition, der Sensibilisierung und der jeweiligen akuten

Auslösung einer allergischen Reaktion eine vermutlich unterschiedliche Rolle: Während die Entwicklung einer allergischen Disposition vorwiegend multifaktoriell – auch konstitutionell – bedingt erscheint, werden für Sensibilisierung und insbesondere die Auslösung akuter Anfälle in starkem Maße psychische Faktoren mitverantwortlich gemacht.

Introvertierte, empfindsame Personen sollen eher zur Ausbildung allergischer Phänomene neigen; möglicherweise gilt diese Beziehung in besonderem Maße für die allergische Rhinitis (vgl. Kap. IV.S): BELL et al. (1990) untersuchten die Frage, ob introvertierte – extrem scheue – junge Erwachsene vermehrt unter allergischer Rhinitis leiden, und fanden hier – anders als bei anderen allergischen Erkrankungen (Asthma bronchiale) – eine besonders enge Beziehung.

Beim klassischen Heuschnupfen – oft als fieberhafte Erkrankung verlaufend – wird von vielen Autoren die Rolle psychischer Faktoren allerdings eher als gering eingeschätzt (CZUBALSKI u. ZAWIEZA, 1976), sowohl was die Entwicklung der allergischen Disposition als auch was die Auslösung des akuten Anfalles betrifft. Jedoch kann zumindest bei einer Subgruppe dieser Patienten bereits der Anblick oder sogar die Vorstellung bestimmter Blumen, Gräser oder Pollen entsprechende Symptome auslösen. So kann das einmal gebildete allergische Muster zunehmend auch durch symbolische Repräsentanten ausgelöst werden und sich dabei mit vegetativen Reaktionsformen verschränken.

Die allgemeine Häufigkeitszunahme der allergischen Disposition verweist auch auf übergeordnete gesellschaftliche Zusammenhänge: Schon MITSCHERLICH (1950) hat die Zunahme der «Allergie» dem Gesamtklima der Zivilisation zugeschrieben mit kollektiven und individuellen Belastungsproben, gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus, unphysiologischer Arbeitsform und -stimulation, Anwachsen protektionistischer Abhängigkeitsverhältnisse bei gleichzeitig steigender Schutzlosigkeit.

2.3.2 Vasomotorische Rhinopathie («Rhinitis»)

Hier ist oft die Auslösung durch psychische Reize evident. Schlagartig füllt sich die Nase

mit wässrigem Sekret. Redewendungen – davon habe ich «die Nase voll» oder ich «bin verschnupft» – zeigen, wie sehr dieser unmittelbare psychosomatische Zusammenhang der allgemeinen Erfahrung entspricht.

Pathophysiologisch werden bei der vasomotorischen Rhinopathie über cholinerge Mechanismen ebenfalls Mediatoren (Histamin, Leukotriene und Substanz P, WOLFF, 1988) aus der Mastzelle freigesetzt. FREEMAN (1950) zählt hundert Ursachen für einen vasomotorischen Anfall auf. Die initiale vasomotorische Reaktion kann allein durch ein unangenehmes Ereignis oder auch nur durch dessen Erwartung bewirkt werden. Allen Auslösemomenten gemeinsam ist die dadurch bedingte unangenehme Emotion (LÜSCHER, 1959). Entsteht diese nicht aus einem äußeren Anlaß, sondern aus einem intrapsychischen Geschehen (Konflikt im engeren Sinne), wird sie erst bei einer subtilen Anamnese greifbar. Dabei kann es sich zum Beispiel um tiefgreifende Ambivalenzkonflikte handeln, aber auch um Konflikte zwischen passiven Strebungen und bewußter forcierter Gegenanstrengung.

Bei einer Zusammenschau der verschiedenen Aspekte der vasomotorischen Rhinitis ist an eine «somatisierte Abwehrreaktion» zu denken. In der Behandlung spielt die Beratung eine wichtige Rolle: Der Patient sollte lernen, seinen Schnupfen nicht nur als lästiges Symptom zu sehen, sondern auch als sinnvolles Zeichen, das ihm das Vorhandensein abgewehrter unangenehmer Emotionen signalisiert. Der Arzt sollte sich nicht zu schade sein, auch einfache Hausmittel zu empfehlen und Verfahren wie Akupunktur und Akupressur in seine therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Die Anwendung von Sympathomimetika oder von Antihistaminika muß zurückhaltend gehandhabt werden.

Die chronische Form der vasomotorischen Rhinopathie kann eine zunächst therapieresistente Reaktion auf «chronischen emotionalen Streß» darstellen. Es kommt zu Schleimhautläsionen mit bakteriellen Superinfektionen, wobei sich durch eine langjährige Fehlanwendung schleimhautabschwellender Nasentropfen ein *circulus vitiosus* bildet. Die chronische vasomotorische Rhinopathie erfordert eine langfristige Behandlungsstrategie: Beratung über «richtiges» Schneuzen: – immer halbseitig! –, Entwöhnung von jahrelang als Selbsthilfe eingenommenen Nasentropfen, allgemeine körperliche Roborierung, eventu-

elle Korrektur von Hyperplasien und Septumdeviation, aber auch die aufdeckende Bearbeitung der psychodynamischen Faktoren.

2.4 Funktionelle Störungen der Nasenatmung

Das *Schniefen* ist ein meist der bewußten Kontrolle entzogenes kurzzeitiges Anziehen der Atemluft. Je mehr dieser Vorgang automatisiert ist, kann sich das Symptom zu einem «Schnief-Tic» ausgestalten. Erstes Ziel wird sein, die Fähigkeit der Selbstbeobachtung über diesen Vorgang wiederherzustellen (vgl. Beispiel in Kap. III.A).

Als *Näseln* wird eine pathologische Nasenresonanz beim Sprechen bezeichnet, wobei besonders das sogenannte «offene Näseln» häufig als funktionell bedingt angetroffen wird (SOPKO, 1990).

2.5 Sinusitis

Auffallend wenig psychosomatische Untersuchungen gibt es zur akuten und chronischen Sinusitis. In eigenen Beobachtungen fand sich im psychosomatischen Hintergrund häufig eine abgewehrte Trauerreaktion beispielsweise nach dem Verlust eines Ehepartners durch Tod oder nach einer Scheidung, und das Erklärungsprinzip der «ungeweinten Tränen» ließ sich oft recht gut zum klinischen Verständnis heranziehen.

3. Mund

3.1 Glossodynie

Hier handelt es sich um einen quälenden Schmerzzustand bei makroskopisch unauffälliger Zunge, der eine hohe Aufmerksamkeitsfocussierung erzwingt. Die Differentialdiagnose umfaßt neben lokalen mechanischen oder chemischen Reizzuständen zahlreiche oft subklinische stoffwechselabhängige Ursachen (z. B. Anämie, Vitaminmangel, Östrogendefizit), verschiedene Hauterkrankungen und zentralnervöse Störungen (Thalamussyndrom),

aber so manches Mal liegt dem Patienten buchstäblich etwas auf der Zunge, was nicht ausgesprochen werden darf bzw. kann. Psychiatrische Erkrankungen (Körperprojektionen bei hyperthymen Persönlichkeiten, circumskripte Hypochondrien, coenästhetische Mißempfindungen bei Psychosen) sind zusätzlich zu bedenken (RENNINGHOFF et al., 1987).

3.2 Sialadenose und Sialadenitis

Eine *Sialadenose* kann im Rahmen einer Bulimie (Bulimia nervosa vgl. Kap. IV.D) auftreten. Der HNO-Arzt ist möglicherweise die erste Kontaktperson von Patientinnen, die ihre eigentliche Grunderkrankung zu verheimlichen suchen. Ihm kommt dann eine besondere Verantwortung beim Gespräch mit der Patientin und bei der Vermittlung psychotherapeutischer Hilfe zu. Die Pathogenese der mit dem Auftreten der bulimischen Freß-Brech-Attacken vergesellschafteten Sialadenose ist noch nicht voll geklärt (MAIER et al., 1988), wahrscheinlich dringt saurer Magensaft durch das wiederholte Erbrechen in die Drüsengänge ein und führt hier zu Entzündungen.

Inwieweit sich bei der akuten oder chronischen *Sialadenitis* Beziehungen zu psychischen Phänomenen ergeben, ist bislang nicht erforscht. Ein hoher Sympathicotonus im Sinne einer vermehrten Ängstlichkeit steht oft hinter dem Phänomen der *Dyschilie*, die sich ihrerseits in Klagen der Patienten über eine ständige Mundtrockenheit, einen «Löschpapierrachen» oder eine «Stumpfheit» der Zähne äußert. Grundsätzlich ist die Regulation des Speichelflusses so sehr von psychischen Faktoren abhängig, daß auch bei der Entwicklung eines lokalen Entzündungsgeschehens durchaus psychosomatische Zusammenhänge neben anderen Einflüssen wirksam werden könnten.

3.3 Angina

Die Angina bzw. die akute Tonsillitis kann als gutes Beispiel gelten für offensichtliche Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen

der Immunkompetenz einerseits und Streß bzw. Emotionen andererseits. «Examensangina», «Verlobungsangina», «Couvade-Angina» (Wochenbettangina des Mannes) – diese Begrifflichkeiten zeigen, daß dieser Zusammenhang in der früheren ärztlichen Praxis einschlägig bekannt war (vgl. BILZ, 1936; SCHELLACK, 1957). Dennoch sind auffallend wenig klinische Arbeiten zu diesem Thema in den letzten Jahren erschienen, möglicherweise eine Folge der guten Ansprechbarkeit der Erkrankung auf antibiotische Behandlung, welche eine psychologische Betrachtung überflüssig erscheinen lassen mochte. Dennoch wird auch heute noch eine Angina häufig nach Kränkungen, aber auch bei ängstlicher Erwartung eines ambivalent besetzten Ereignisses auftreten oder der Ausweg aus einer Konfliktsituation über eine Angina «gesucht» werden.

4. Pharynx

Der tiefe Rachen vom Zungengrund bis zum Ösophaguseingang ist ein motorisch reich innerviertes, durch komplizierte Bewegungsabläufe charakterisiertes Organ, das von bestimmten Menschen offenbar besonders bewußt wahrgenommen und beobachtet werden kann. FLEISCHER (1980) weist in diesem Sinne besonders auf die klinische Beobachtung hin, daß einerseits Menschen mit schwersten Schäden an der Rachenschleimhaut, also Alkoholiker, Raucher, Stahlarbeiter und andere, oft überhaupt keine Beschwerden vorbringen und daß sogar oft weit fortgeschrittene und zerfallende Rachengeschwülste scheinbar klaglos hingenommen werden. Andererseits gibt es zahlreiche Patienten, bei denen trotz eindringlich vorgebrachter Klagen über die unterschiedlichsten Mißempfindungen im Rachen und trotz unverkennbaren Leidens sich nichts oder fast nichts Krankhaftes an der Schleimhaut finden läßt.

4.1 Globus pharyngis

Schon vor zweieinhalbtausend Jahren wurde dieses Phänomen von HIPPOKRATES beschrie-

ben, der im Rahmen seiner Uterus-Theorie der Hysterie annahm, es handele sich dabei um den hochgewanderten Uterus, der gegen die Kehle drücke. PURCEL (1707) war der Auffassung, das Gefühl eines harten Balles in der Kehle entstehe durch eine Kontraktion der Halsmuskeln, die gegen den Schilddrüsenschilddrüsenknorpel drückten. Heute ist allgemeiner Konsens, daß die Bezeichnung «Globus hystericus» obsolet ist und daß die Globusbeschwerde als Phänomen anzusehen ist, das eine differenziertere Aufklärung verlangt. Die Angabe eines subjektiven Beeinträchtigungs- und Engegefühls im Rachen («lump in the throat») ist ein häufig vorkommendes Symptom, unter dem ungefähr 3 bis 4 Prozent aller erstmalig einen HNO-Arzt konsultierenden Patienten leiden. 75 Prozent sollen Frauen sein.

Das *echte Globusgefühl* entspricht einer medial tief im Rachen verspürten Mißempfindung im Sinne eines Kloßes, Klumpens oder der Beengung, die definitionsgemäß nur beim Leerschlucken auftreten darf (KELLERHALS, 1991). Die vom echten Globusgefühl abzugrenzenden *Globusäquivalenzen* umfassen unspezifische Beschwerden wie Kloß im Hals, Einengungsempfindung, Fremdkörpergefühl, Trockenheitsgefühl, Schleimgefühl, Kratzen, Brennen, Räusperzwang und Schluckzwang.

Weder zum echten Globusgefühl noch zum Bereich der Globusäquivalenzen werden folgende Symptome gerechnet, die meist als Hinweis auf ein organisches Geschehen gewertet werden können: mechanische Schluckbehinderungen, Schmerzen beim Schlucken, Aspirationen, Regurgitationen, Brennen bei sauren Speisen und Getränken sowie jegliche Atembehinderungen.

Das echte Globusgefühl entspricht wahrscheinlich in den meisten Fällen der Wahrnehmung eines unphysiologischen Spannungszustandes der Muskulatur im pharyngo-ösophagealen Übergangsbereich. Dieser läßt zwar beim Schlucken fester oder flüssiger Nahrung durch die unwillkürliche reflektorische Erschlaffung nach, beim Leerschlucken jedoch wird diese Erschlaffung nicht ausgelöst, da der den unwillkürlichen Fortgang des Schluckaktes auslösende Speisebolus fehlt (KELLERHALS, 1991). Hinter der Verspannung der am Schluckvorgang beteiligten Muskulatur steht oft eine Verspannung der gesamten muskulären Takelage des Kopfhalsbereiches. Erst in zweiter Linie ist an einen gastro-ösophagealen Reflux (s. Kap. IV.C.1) zu denken.

Hinter den globusähnlichen Beschwerden (Globus-Äquivalenzen) können eine ganze Reihe psychologischer Ursachen stehen: Relativ häufig tritt dieses Dauergefühl bei Depressionen als Körperbeschwerde auf. Es kommt zudem als Haupt- oder Nebenbeschwerde bei vielen funktionellen Störungen vor. In entsprechenden Beschwerdelisten ist es ein sehr häufig angegebenes Symptom. Auf der Phantasie-Ebene findet man häufig eine unbewußte Abwehr gegen verdrängte oral-rezeptive sexuelle oder nutritive Wünsche. Die entsprechenden Phantasien kreisen um Schlucken-mögen und Nicht-schlucken-dürfen (oft mit oral-genitalen, seltener mit oral-nutritiven Inhalten) oder auch um Schlucken-Müssen und Nicht-schlucken-wollen. Es finden sich aber auch Trauer-Äquivalente, Gefühle verdrängten Ekels und hypochondrische Phantasien (MEYER, 1976).

Abzugrenzen von den Globusgefühlen sind die *funktionelle Dysphagie*, d. h. Transportstörungen des Speisebolus funktioneller Genese, die über die Angabe eines subjektiven Gefühls hinausgehen, sowie die organisch bedingte Dysphagie, für die eine Vielzahl von sorgfältig abzuklärenden Ursachen in Frage kommen. Gelegentlich muß eine Dysphagie als Grund einer «unklaren Gewichtsabnahme» erst einmal entdeckt werden.

4.2 Weitere funktionelle Störungen im Pharynx

Eine Sonderform stellt die *Aerophagie* (s. Kap. IV.C.1) dar, das habituelle Luftschlucken, das einer sich verselbständigenden schweren Protestreaktion gegen eine nur äußerlich hingenommene Lebenssituation entsprechen kann (MEYER, 1976). Das Symptom ist nicht eine hintergründig zu belächelnde schlechte Angewohnheit, sondern hat Krankheitswert. Die verschluckte Luft kann zu Luftansammlungen im Magen führen, das Zwerchfell nach oben drücken, wodurch scheinbar cardiale Beschwerden induziert werden (Roemheld-Syndrom).

Eine oft selbstinduzierte *funktionelle Regurgitation* der bereits verschluckten Nahrung kann eine komplexe Angstbeschwichtigung-

form darstellen. Das erneute Durchkauen des regurgitierten Nahrungsbreis kann eine angstvoll erlebte Spannungs- oder Einsamkeitssituation entschärfen und so zur Angstabwehr dienen. Das Symptom findet sich auch sehr selten als Kompromißbildung bei Bulivomie.

Die *psychogene Schluckstörung* als Äquivalent einer habitualisierten Protesthaltung im Sinne eines Konversionsphänomens wird eher selten sein. Sie kann bei Kindern auftreten, wenn diese etwa mit Gewalt zum Essen gezwungen wurden. So beschrieb bereits KANNER (1935, zit. n. GILBODY, 1991) einen Jungen, der eine Störung beim Schlucken fester Speisen entwickelte, nachdem er von seinem Vater wegen schlechter Tischmanieren geschlagen worden war. Anna O., die berühmte Patientin von BREUER und FREUD, konnte zeitweilig nicht schlucken, da sie die Vorstellung entwickelt hatte, ein Hund, mit dem sie sexuelle Triebhaftigkeit verband, habe aus dem Glas ihrer Freundin getrunken, und sie die Befürchtung entwickelte, dies könne bei ihr ebenso vorkommen.

Aufgrund von teils bewußten, aber auch unbewußten Vorstellungen und Phantasien, die mit dem Schluckakt verknüpft werden, kann sich eine vollgültige phobische Angst vor dem Schlucken ausbilden. Schluckschwierigkeiten und -ängste können auch an bestimmte soziale Situationen geknüpft sein, zum Beispiel nur in Gesellschaft auftreten. Hier bestehen die ersten wichtigen diagnostischen und therapeutischen Schritte darin, hinter der als körperlich bedingt angebotenen Beschwerde «Schluckstörung» die oft subjektiv nicht ohne weiteres zugängliche maskierte Angst zu erkennen und mit dem Patienten darüber ins Gespräch zu kommen.

Der psychotherapeutische Zugang richtet sich dann nach der zugrundeliegenden psychischen Situation/Konfliktlage. Bei Kindern kann eine Familientherapie nützlich sein. Gute Ergebnisse werden in Einzelberichten (zusammengefaßt bei KLINGER u. STRANG, 1987) auch von behavioralen Methoden berichtet (Entspannungsübungen in Verbindung mit einer systematischen Desensibilisierung, Reduktion eines aversiven Reizes, wenn der Patient schluckt usw.). Auch Hypnose kann hilfreich sein.

5. Larynx

5.1 Schnarchen und Schlaf-Apnoe-Syndrom

Beim *Schnarchen*, das durch Vibrationen in den oropharyngealen Weichteilen bei unvollständiger Verlegung der oberen Atemwege durch diese erzeugt wird, hat man praktischerweise zu differenzieren zwischen (1) dem gelegentlichen Schnarchen, (2) dem chronischen oder gelegentlichen Schnarchen ohne pathologische Apnoe, (3) dem Schnarchen als Zeichen eines Schlaf-Apnoe-Syndroms (PIRSIG, 1988). Schnarchen nimmt mit dem Alter zu und tritt beim Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit vermehrt auf. Psychosoziale Auswirkungen des chronischen oder habituellen Schnarchens können erheblich sein (Altersehe, Mehrbettzimmer im Krankenhaus) und erfordern eine eingehende Beratung, zum Beispiel die Ermutigung zu «getrennten Schlafzimmern».

Das *Schlaf-Apnoe-Syndrom*, besonders häufig bei Männern um das 50. Lebensjahr, ist definiert als das Vorhandensein von mindestens 30 Apnoe-Episoden von mindestens zehn Sekunden Dauer in einem Zeitraum von sieben Stunden Schlaf. Dieses Syndrom geht auf eine pathologische Koppelung von Vigilanz und Atemregulation zurück. Das laut hörbare Wiedereinsetzen der Atmung wird vom Schlafpartner in der Regel als «Schnarchen» wahrgenommen.

Es kann zu einem panischen Erwachen führen, das nicht als unspezifische Schlafstörung oder nächtlicher Angstanfall verkannt werden darf. Im Verdachtsfall kann eine polysomnographische Messung eine Klärung erzielen. Schlafmittel, Alkohol oder eine andersartige Sedierung, «um endlich durchzuschlafen», sind kontraindiziert.

5.2 Stimmstörungen

5.2.1 Funktionelle Aphonie

Zum in der Regel plötzlich einsetzenden, vom Patienten oft genau datierbaren «Wegbleiben der Stimme» im Sinne einer funktionellen Aphonie kommt es häufig unter dem Eindruck eines psychischen Traumas. Oft ist et-

was geschehen, das der Patient als zutiefst sinnlos empfinden muß, gegen das er sich aber nicht wehren kann. Dem Patienten hat es buchstäblich die Sprache verschlagen. Die psychodynamische Interpretation hebt auf eine «Verteidigung gegen die Erkenntnis von nicht akzeptablen Gefühlen» ab, weiter ist an eine generalisierte Hemmung eines archaischen Wutschreis zu denken, der aus Angst maximal gehemmt wird. Das Symptom als solches ist – auch unter suggestiver Zuwendung (SCHNITZLER, 1889; BRODNITZ, 1985) – leicht zu beheben. Dabei soll der Patient beruhigt und Schritt für Schritt beim Gebrauch der Stimme ermutigt werden. Das Symptom kann wiederkommen, wenn die zugrundeliegende Konfliktsituation nicht beseitigt ist (BERENDES, 1972).

5.2.2 Funktionelle Dysphonien

Während die *hypofunktionelle Stimmstörung* (leise, verhauchte Stimme mit geringer dynamischer Modulation) vor allem bei Erschöpfungszuständen und depressiven Störungen vorkommt, entwickelt sich die *hyperfunktionelle Stimmstörung* (laute, hohe Stimme, auch kippelnd; rauher Stimmklang, subjektiv Würgereiz oder Verkrampfung) vor allem bei aktiven Menschen in Sprechberufen mit unökonomischem Stimmgebrauch. Die logopädische Behandlung zielt nicht nur auf ein isoliertes Training der Sprechfunktion, sondern auch auf die Zusammenhänge der Stimmgebung mit dem Ausdrucksgebaren der Persönlichkeit und ihrem kommunikativen Verhalten ab (HABERMANN, 1978; STABENOW, 1983).

5.2.3 Sog. «Spastische» Dysphonie

Es handelt sich um eine relativ seltene, aber meist schwere Stimmstörung mit ausgeprägten «Verkrampfungen» der Atmungs- und Phonationsmuskulatur. Bei gequält-mühsamer Sprechweise wirkt die Stimmgebung stöhnend-ächzend und stark gepreßt. Es wird immer wieder eine hysterische Konversionsgenese vermutet, die aber allenfalls nur für eine kleine Subgruppe zutrifft. Heute wird das

Krankheitsbild zu den fokalen Dystonien (vgl. Kap. IV.P) gerechnet. Die Erstmanifestation kann durch psychologische Faktoren «getriggert» sein, und es kann zu anhaltenden Verschlimmerungen in Phasen emotionaler Belastungen kommen, ebenso zu situativen Verschlechterungen in umschriebenen sozialen Situationen (Telefonieren, Gespräch mit Autoritätsfiguren).

In überraschenden Situationen, wenn der Patient keine Zeit hat, darüber nachzudenken, daß er spricht, kann die Stimme normal sein (AARONSON, 1985). Psychologische Zuflüsse zum Krankheitsgeschehen sind so zu denken, daß es aus unbewußten Gründen zu einer Minder- bzw. Fehlkompensation einer Störung jener subcorticalen Regelkreise kommt, welche die «Doppelfunktion des Kehlkopfes» (BERENDES, 1990) regulieren, nämlich einerseits als Tongenerator und andererseits als Wächter des Luftdurchgangs zu fungieren. Das Krankheitsbild mit seinen zum Teil schwerwiegenden psychosozialen Auswirkungen ist durch psychotherapeutische und logopädische Verfahren nur schwer angebar. So kann auch ein symptomatischer Behandlungsversuch durch Injektion von Botulinustoxin in die betroffene Kehlkopfmuskulatur gerechtfertigt sein.

5.2.4 Psychosomatische Aspekte bei Laryngektomie

Die Karzinome im Larynx und Pharynx sind mit einem furchtbaren – oft über eine scheinbare psychische Indolenz abgewehrten – Leiden verbunden. Die notwendig werdende Laryngektomie – dieser schwerwiegende Eingriff ist dadurch gerechtfertigt, daß die Chancen zur Heilung sehr gut sind (PLATH, 1988) – scheint bei vielen Patienten eine Tendenz zur Idealisierung und zur reaktiven Alexithymie noch zu verstärken (HAHN et al., 1986). Dies hat zur Konsequenz, daß der Patient einerseits zur Wahrnehmung und Äußerung seiner innersten Gefühle und Ängste unfähig wird, andererseits aber auch durch eine feste Abwehr vor diesen Gefühlen und dem damit verbundenen psychischen Leid geschützt ist.

So schildern in einer Befragung von SCHRÖDER et al. (1989) die kehlkopflosen Patienten ihr psychosoziales Umfeld als ideal, obschon die Autoren beobachten, daß die reale Situation der Patienten dagegen oft von Einsamkeit und Isolierung gekennzeichnet ist, insofern als niemand mit ihnen über das spricht, was sie am meisten bedrängt, nämlich ihre Krebserkrankung. In der Betreuung dieser Patienten scheint es am günstigsten zu sein, einerseits immer wieder das «Krebsthema» anzusprechen, aber auch die verschiedenen Formen der Abwehr als notwendig für den Patienten zu akzeptieren. So sollten die Patienten schon vor der Operation, also noch während der somatischen Behandlung, offen und aktiv mit der Situation des Laryngektomierten vertraut gemacht werden: durch die Vermittlung eines Kontaktes zu einem die Krankheit offensiv bewältigenden «Schicksalsgenossen», durch die Einbeziehung von Freunden und der Familie, im weitesten Sinne durch psychotherapeutische Maßnahmen, die ein «gesundheitsförderndes Potential» wecken (SCHRÖDER et al., 1989).

6. Ohr

Die schon beim menschlichen Fetus vorhandene, selbst im Schlaf nicht aufgehobene akustische Sinnesempfindung ist Träger eines zentralen kommunikativen Bezugs zur Außenwelt. Das Ohr, das man im Gegensatz zum Auge nicht «schließen» kann, gehört besonders unter den Lebensbedingungen der Industrialisierung und der «Kommunikationsgesellschaft» zu den am meisten «belasteten» Organen.

6.1 Äußerer Gehörgang und Mittelohr

Psychosomatische Dysfunktionen oder Erkrankungen in diesem Bereich sind kaum beschrieben. Eigene klinische Erfahrungen weisen darauf, daß es zur akuten Otitis media bei starken familiären Spannungen – besonders bei den Kindern in der Familie – kommen kann.

6.2 Hörsturz

Allgemein wird die Auffassung vertreten, daß der Hörsturz in seiner Häufigkeit zunimmt, wobei besonders die industrialisierten Länder Westeuropas, Nordamerikas und Japans als

von dieser Entwicklung betroffen gelten, als zusätzliches Indiz, daß es sich beim Hörsturz häufig um eine «Streßreaktion» handelt.

Tatsächlich läßt sich in einer Vielzahl von Fällen der akute «idiopathische» Hörsturz als eine psychovegetativ vermittelte, auf dem pathogenetischen Weg einer Mikrozirkulationsstörung in der Cochlea mit konsekutiver Hypoxie der Sinneshaarzellen entstehende psychosomatische Reaktion auf eine Überforderungs-, Überlastungs- oder Konfliktsituation begreifen, die in ihrer spezifischen Dynamik besonders in den industrialisierten Gesellschaften vorkommen mag. Diese Überforderungen – von den Patienten als «Druck» erlebt – können sowohl aus der beruflichen Sphäre resultieren, oft aber durch eine Summation mit einer Belastung im privaten Bereich (zum Beispiel in einer erschöpfenden Pflege- oder Fürsorgesituation) besondere Intensität erlangen.

Metaphern von der «herausspringenden Sicherung» (GREUEL, 1988) oder vom «Streik im Innenohr» beschreiben so den Hörsturz als psychosomatischen Schutzmechanismus. Von den Patienten selbst verwandte Formulierungen sind ein «Wunsch nach Ruhe», oder sie benennen klar, was sie nicht mehr hören konnten oder wollten.

Psychodynamisch findet sich häufig eine Beziehung zu Über-Ich-Konflikten («Stimme des Gewissens!») und einer oft nur vorbewußten ohnmächtigen Protesthaltung, verknüpft mit dem Erleben einer subjektiven Ohnmacht. Typische primärpersönliche, auch testpsychologisch zu erfassende Züge von Hörsturzpatienten scheinen ein stark entwickeltes Pflichtbewußtsein, eine Hemmung der Wendung der Aggressivität nach außen sowie eine Neigung zur «gedanklichen Weiterbeschäftigung» zu sein.

Eigenen klinischen Beobachtungen zufolge wissen die Patienten häufig um ihren «Streß» und bringen ihre Erkrankung damit selbst zutreffend in Verbindung.

Neben der möglichst früh einsetzenden Hämodilutionstherapie stellen die Reizabschirmung und das Herauslösen aus der belastenden Situation ein wichtiges therapeutisches Prinzip dar, das freilich erst dann sich als wirksam erweist, wenn zum Beispiel mit einer stationären Aufnahme tatsächlich im Erleben des Patienten eine Vermittlung von Entspannung und Sicherheit verbunden ist. Diese Vermittlung kann durch geeignete psychologische Interventionen unterstützt werden; dabei gibt es erste Hinweise, daß durch aktive psychologische

Entspannungsverfahren und entsprechende Suggestionen entscheidende Besserungen erzielt werden können (GREUEL, 1983).

Entsteht die Belastung des Patienten aus neurotischen psychosozialen Verwicklungen, sollte diese Konfliktsituation offen mit dem Patienten besprochen und gegebenenfalls eine psychoanalytische Psychotherapie eingeleitet werden.

Zwar zeichnet sich das einzelne Hörsturzereignis durch eine relativ gute Spontanbesserungsquote aus (WEINAUG, 1984), doch besteht jederzeit die Gefahr eines Rezidivs und einer sich einschleifenden «somatischen Schiene» und eines sich von Ereignis zu Ereignis verschlechternden Hörvermögens, zudem die Gefahr der Entwicklung und Fixierung eines chronischen Tinnitus. Patienten, denen «alles zu viel» ist, neigen besonders zur Entwicklung von Rezidiven (LAMPARTER, 1994).

So kann es auch aus prophylaktischen Gründen sinnvoll sein, den Hörsturz zum Anlaß einer «Lebensumstellung» zu nehmen und dazu psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

6.3 Psychogene Hörstörungen

Die Varianz der Symptomatologie der rein psychogenen Hörstörungen reicht von der situativ fluktuierenden Hörschwelle bis zur – seltenen – rein subjektiven Taubheit.

Bei diesen Störungsformen sollte eine konfrontierende Auseinandersetzung mit dem oft jugendlichen Patienten vermieden werden, man sollte eher versuchen, in einer zuwartenden und die Not des Patienten anerkennenden Haltung eine Brücke zur «Spontanremission ohne Gesichtsverlust» zu bauen.

Es gibt auch umgekehrt eine psychisch bedingte akustische Überempfindlichkeitsreaktion (psychogene Hyperakusis) – oft in Krisen oder Konfliktsituationen – als Erschöpfungsreaktion in der psychischen Auseinandersetzung mit Lärm.

6.4 Tinnitus

Beim Tinnitus aurium (Ohrensausen) handelt es sich um ein häufiges Alltagsphänomen wie

Juckreiz oder Schmerzen. Erst Intensitätszunahme und Persistenz verbunden mit einer dekompensierenden psychischen Verarbeitung gestalten das lästige Symptom zur Krankheit aus. So gaben zwar von 6804 aus verschiedenen Städten Großbritanniens zufällig befragten Personen 17 Prozent einen länger dauernden Tinnitus an, jedoch nur für ein Prozent war damit ein Verlust der Lebensqualität verbunden. Doch rechnet man auch die letztere Zahl auf die Bevölkerung in Deutschland um, so ergibt sich eine vermutliche Prävalenz von 750 000 Tinnituskranken in Deutschland (SCOTT u. LINDBERG, 1992)

Pathophysiologisch entsteht Tinnitus als Folge eines schädigungsbedingten Zusammenspiels von inneren und äußeren Haarzellen im Cortischen Organ, wobei zentrale Verarbeitungsprozesse die läsonsbedingte stochastische Spontanaktivität in den lästigen Höreindruck transformieren. Eine repetitive, sich selbst unterhaltende elektrische Aktivität, sogenannte Oszillationen, im Bereich der zentralen Hörbahn scheint zudem eine Rolle zu spielen (LENARZ, 1992).

Man kann den Tinnitus als Folge eines unbemerkt abgelaufenen Hörsturzes auffassen, denn um eine merkbare Hörschwellenänderung hervorzurufen, müssen mindestens 50 Prozent des Sinnesepithels geschädigt sein, was nicht immer der Fall ist.

In diesem Sinne kann auch der Tinnitus als Antwort auf eine psychophysische Überforderung verstanden werden (BÖNING, 1982). Manchmal bemerkt der Patient aber den chronischen emotionalen Spannungszustand, in dem er sich befindet, selbst nicht mehr. Weitere «Spannungssymptome» können zu der Tinnitus-symptomatik hinzutreten und diese im Sinne eines *circulus vitiosus* weiter verstärken: Bruxismus und mandibuläre Dysfunktion bis hin zur massiven Gesichtschmerzsymptomatik (COSTEN-Syndrom), oder zervikale Muskelverspannungen mit funktionellen Blockierungen der zervikalen Wirbelbogengelenke.

Bei der dekompensierenden psychischen Verarbeitung des Tinnitus kommt es zu einer hohen Aufmerksamkeitsbesetzung des zunehmend als Verfolger erlebten Geräusches verbunden mit der zunehmenden Unfähigkeit, dieses als in der Außenwelt entstanden zu imaginieren. Auch eine depressive Reaktions-

form auf den «Verlust der Stille» (GOEBEL, 1990) kommt vor.

Eine erste Hilfe bietet die Erzeugung erwünschter Geräusche über das Radio oder über einen Walkman, die das Tinnitusgeräusch überdecken. Für den Erfolg eines speziellen Tinnitusmaskers scheint entscheidend zu sein, daß bereits bei einer relativ kleinen Lautstärke des Maskers (bis 10 dB) in Relation zur Lautstärke des Tinnitus ein spürbarer Effekt erzielt wird (VERNON et al., 1990).

Besonders wenn in einer relativen Einsamkeitssituation der Tinnitus zum einzigen, aber verfolgenden, relevanten «Objekt» wird, ist *psychotherapeutische Hilfe* geboten. Der dekompenzierte Tinnituspatient darf von seinem Arzt nie allein gelassen werden, etwa nur mit dem Hinweis: Damit müssen Sie leben. Die differentielle Therapieforschung zum Tinnitus steht erst am Anfang; eine grundsätzlich gute Ansprechbarkeit auf Placebo, Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, zielgerichtete Änderungen der Einstellung zum Tinnitus, bei Bedarf auch auf die Anwendung antidepressiver Medikamente rechtfertigen einen therapeutischen Nihilismus nicht. Wahrscheinlich muß – nicht in einer undifferenzierten Polypragmasie, sondern in einem gemeinsamen Ausprobieren mit dem Patienten – diejenige Therapieform gefunden werden, bei welcher der Patient auf Grund eigener Selbstbeobachtung die Erfahrung macht, daß sie ihm hilft, um auch eine psychische Rekompensation zu erreichen. Zudem scheint es besonders auf ein synergistisches Zusammenwirken verschiedener Verfahren anzukommen. Die Erfahrung, auf die Intensität des Tinnitus Einfluß nehmen zu können, reduziert das Gefühl, dem Tinnitus ausgeliefert zu sein, führt so zur Angstminderung, damit zur vermehrten Entspannung und letztlich auch zur Symptomreduktion innerhalb der durch eine etwaige Schädigung vorgegebenen biologischen Variabilität.

Dem von Tinnituspatienten oft geschilderten Gefühl der Isolation («Niemand, der dieses Geräusch nicht hat, kann ermessen, was ich leide») entgegenwirken kann der Kontakt mit Selbsthilfegruppen (Deutsche Tinnitus Liga e.V.). In den zunehmend sich entwickelnden Tinnitus-Stationen in speziellen psy-

chosomatischen Kliniken lernt der Patient zum Beispiel über das Führen eines Tinnistagebuches, seinen «ganz persönlichen» Tinnitus zunehmend als ein Signal zu erleben, das ihm Spannungen oder «Streß» anzeigt, wodurch der verfolgende Feind zum schützenden Freund umattributioniert wird.

6.5 Neuronitis vestibularis («Vestibulariskrise»)

Zu dieser sich in einem plötzlichen Drehschwindel, verbunden mit Nystagmus, Übelkeit und Erbrechen äuernden Erkrankung – es wird sowohl eine viral-entzündliche Genese wie auch eine Perfusionsstörung diskutiert – liegen zwar noch keine systematischen psychosomatischen Untersuchungen vor; einzelne Beobachtungen geben aber Hinweise auf eine vorhergehende Irritation des Weltbezugs und der inneren Orientierung, häufig ist auch an eine somatisierte Krise in der Adoleszenz zu denken, die nach Abklingen der akuten Schwindelerscheinungen eine psychotherapeutische Intervention erforderlich macht.

6.6 Morbus Menière

Die akut einsetzende Symptomatik des Morbus Menière – charakterisiert durch die Trias: anfallsartiger Drehschwindel, Hörverlust und Tinnitus – begleitet von Vernichtungsgefühl, Panik und Erbrechen – wird hervorgerufen durch ein Platzen oder ein Leck des sich auf Grund vermehrter Produktion oder verminderter Resorption von Endolymphe überdehrenden Endolymphschlauches im Innenohr. Besonders für die vermehrte Produktion der Endolymphe sind psychovegetativ vermittelte Einflüsse denkbar. Psychodynamisch orientierte Autoren (FOWLER u. ZECKEL, 1952; HINCHCLIFFE, 1967b; BASECQAZ, 1969; GROEN, 1983) fanden sehr häufig eine psychisch vermittelte Auslösung vor allem des ersten Anfalles. Sie beobachteten häufig eine hohe abgewehrte aggressive Spannung bei früh angepaßten, immer «braven» Menschen, die aber eigentlich ohne «Nestwärme» aufgewachsen waren. Testpsychologische Untersu-

chungen lassen Hinweise zur Spezifität vermissen, geben insgesamt aber durchaus Hinweise auf eine «psychosomatische» Persönlichkeitsstruktur (HINCHCLIFFE, 1967). Dabei scheint sich allerdings die weitere Auslösung der Folgeanfälle immer mehr von dem Ausmaß des subjektiv erlebten «Stresses» abzulösen. Dagegen wird die Krankheit immer mehr selbst zu einem «Streß», der zu spezifischen psychischen Folgen führen mag (WECHSLER u. CRARY, 1986), da der betroffene Patient nie sicher sein kann, nicht im nächsten Moment einen existenziell erschütternden Anfall zu erleben.

Eine wichtige Rolle in der Behandlung spielen auch im anfallsfreien Intervall die Beratung, Führung und Stützung des Patienten, der sich mit seiner relativ seltenen, aber dafür um so dramatischer verlaufenden Erkrankung oft bitter allein fühlt.

6.7 Schwindel

Schwindel als eines der häufigsten Symptome überhaupt verweist auf eine gestörte Beziehung in der Relation zwischen Mensch und «Raum».

«Raum» kann hier verstanden werden als die physikalische Umgebung eines Menschen, als psychischer «innerer Raum» wie auch als soziales Bezugsfeld. So kann das Symptom «Schwindel» dreierlei anzeigen: einen körperlichen Vorgang (organischer Schwindel), ein gefühlhaftes Erlebnis (psychogener Schwindel) und einen sozialen Tatbestand («Alles Schwindel»). Der organisch bedingte Schwindel imponiert entweder als vestibulärer Drehschwindel oder diffuser Benommenheits- oder Schwankschwindel. Eine wichtige organisch bedingte Schwindelerkrankung ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel, der durch verschlepptes Otolithenmaterial in der Cupula des hinteren vertikalen Bogenganges entsteht. Während es sich hier um einen plötzlich auftretenden, dann aber rasch abklingenden, oft mit Angst einhergehenden Drehschwindel beim Hinlegen handelt, ist der Schwindel beim allgemeinen psychovegetativen Syndrom eher diffus und meist eingebettet in eine Reihe weiterer körperlicher Beschwerden und Dysfunktionen.

Für den oft «schwer faßbar» geschilderten *psychogenen Schwindel* (vgl. Kap. IV.P) als «gefühlhaftem Erlebnis» eröffnet sich eine ganze Palette psychopathogenetischer Diffe-

renzierungen: «Schwindel» kann sein: Folge von Reizinkompatibilitäten (Phobischer Attackenschwankschwindel, Hörschwindel, Kinetosen), Erinnerungssymbol (Konversion), Angstäquivalent (Angstneurose), Affektäquivalent (für Lust oder Ekel, aber auch Wut), depressive Inhaltsbildung (somatisierte Depression), psychisches Grenzflächenphänomen (schizoide Krisen), latentes Bewußtsein der eigenen «Verstiegenheit» (Persönlichkeitsstörungen), sozialer Marker («Alles Schwindel»).

Die häufigste umschriebene klinische Erscheinungsform des psychogenen Schwindels ist der *phobische Attackenschwankschwindel*. Diesen erleiden Patienten in bestimmten sozialen Situationen (Kaufhäuser, Restaurants, Konzerte, Besprechungen, Empfänge) oder angesichts typischer auslösender Sinnesreize (Brücken, leere Räume, Treppen, Straßen, Autofahren). Der Schwindel entspricht von seiner Erlebnisqualität her dem Hörschwindel und ist durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit sowie einer Crescendo-Vernichtungsangst charakterisiert.

Während es beim phobischen Attackenschwankschwindel eine klare Indikation zu einer verhaltenstherapeutischen Intervention mit allmählichem Expositionstraining gibt (BRANDT u. DIETERICH, 1986), richtet sich die psychotherapeutische Indikation in den anderen Fällen psychogenen Schwindels nach dem sich im eingehenden Gespräch mit dem Patienten darbietenden psychischen Befund und der Konfliktsituation des Patienten.

Literatur

- AARONSON AE: Clinical voice disorders. Thieme, Stuttgart 1985
- BASEQUAZ G: Aspects psycho-dynamiques de la maladie de Menière. *Lavae Med* 40, 838–843, 1969
- BELL I: Is allergic rhinitis more frequent in young adults with extreme shyness? A preliminary survey. *Psychosom Med* 52, 517–525, 1990
- BERENDES J: Der Kehlkopf im Spiegel seiner Doppelfunktion. *HNO* 38, 123–124, 1990
- BILZ R: Psychogene Angina. Hirzel, Leipzig 1936.
- BÖNING J: Klinik und Psychopathologie von Ohrgeräuschen aus psychiatrischer Sicht. *Z Laryng Rhinol* 60, 101–103, 1981
- BRANDT T, DIETERICH M: Phobischer Attackenschwankschwindel. *Münch Med Wschr* 128, 247–250, 1986
- BRODNITZ FS: Funktionelle Aphonie. In GANZ H, SCHÄTZLE W (Hrsg.) *HNO Praxis Heute*, S. 127, 1985
- COHEN F, TYRELL D: Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New Engl J Med* 325, 606–612, 1991
- CZUBALSKI K, ZAWIEZA E: The role of psychic factors in patients with allergic rhinitis. *Acta Otolaryngol* 81, 484–488, 1976
- FLEISCHER K: Differentialdiagnostische Überlegungen bei der chronischen Pharyngitis. *Dtsch Med Wschr* 105, 283–284, 1980
- FOWLER EP Jr., ZECKEL A: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *JAMA* 148, 1265–1271, 1952
- FREEMAN J: Hay-fever. London 1950
- GILBODY JS: Errors of deglutition – real or imagined; or, don't forget the psyche. *J Laryngol Otol* 105, 807–811, 1991
- GOEBEL G et al.: Neue Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 123–133, 1991
- GOEBEL G (Hrsg.): Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus: Vorkommen, Auswirkungen, Diagnostik und Therapie. Quintessenz, München 1992
- GREUEL H: Suggestivbehandlung beim Hörsturz. *HNO* 31, 136–139, 1983
- GREUEL H: Viel um die Ohren. Hörsturz – Schwindel – Ohrensausen. VDG-Verlag, Düsseldorf 1988
- GROEN JJ: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol* 35, 407–416, 1983
- HABERMANN W: Stimme und Sprache. Thieme, Stuttgart 1986
- HAHN M et al.: Somatische, psychische und sprachliche Rehabilitation von Kehlkopfflosen. *Laryngol Rhinol Otol* 65, 395–398, 1986
- HINCHCLIFFE R: Personality profile in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81, 477–481, 1967(a)
- HINCHCLIFFE R: Emotion as a precipitating factor in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81, 471–475, 1967 b
- HOFFMANN SO: Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk, Suppl II*, 1986
- KANNER L: Child Psychiatry. Springfield, Illinois, 1935
- KELLERHALS B: Globus pharyngis? Eine Differentialdiagnose. *Ther Umsch* 48, 188–192, 1991
- KIMMELMANN MD, GAMMAN A: Vasomotor Rhinitis. *Otolaryngol Clin North Am* 19, 65–71, 1986

- KLINGER R, STRANG P: Psychiatric aspects of swallowing disorders. *Psychosomatics* 28, 572–574, 1987
- LAMPARTER U: Psychosomatische Aspekte der Pathogenese des Hörsturzes. *Akt Neurol* 21, Sonderheft 1, 14, 1994
- LENARZ T: Probleme der Diagnostik und Therapie des chronischen Tinnitus aus HNO-ärztlicher Sicht. In GOEBEL 1992
- LÜSCHER E: Psychische Faktoren bei Hals-Nasen-Ohrenleiden. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk* 175, 69–216, 1959
- MAIER H, BORN IA, BIHL H, KÜCHENHOFF J: Sialadenose bei Bulimia nervosa. In WEIDAUER H, MAIER H (Hrsg.) *Speicheldrüsenerkrankungen*, S. 47, Springer, Berlin 1988
- MEYER AE: Die Psychosomatik der Kranken mit Störungen des oberen Verdauungstraktes. In JORES A (Hrsg.) *Praktische Psychosomatik*. Huber, Bern 1976
- MITSCHERLICH A: Psychosomatische Aspekte der Allergie. *Int Arch Allergy, Suppl* 1, 79, 1950
- PLATH P: Rehabilitation von Kehlkopflosen. In GANZ H, SCHÄTZLE W (Hrsg.) *HNO-Praxis Heute*, S. 123, Springer, Berlin 1988
- PIRSIG W: Schnarchen – Ursachen, Diagnostik, Therapie. Hippokrates, Stuttgart 1988
- PURCEL J: A treatise of vapours or hysteric fits. 2nd ed, London, 1707
- RENNINGHOFF J, LAMPARTER U, HÖRMANN K: Psychosomatische Aspekte des Symptoms «Zungenbrennen». In MAJER EH, ZRUNIK M (Hrsg.) *Die Oto-Rhino-Laryngologie in Kooperation mit Nachbardisziplinen*. Facultas, Wien 1987
- SHELLACK D: Angina tonsillaris. *Z Psychosom Med* 3, 265, 1957
- SCHNIEDER EA: Funktionelle Syndrome in der HNO-Heilkunde. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 3. Auflage, S. 1054, Urban & Schwarzenberg, München 1986
- SCHNITZLER A: Über die funktionelle Aphonie und deren Behandlung durch Hypnose und Suggestion. Braunmüller, Wien 1889
- SCOTT B, LINDBERG P: Tinnitus-Inzidenz und ihre Auswirkungen. In GOEBEL 1992
- SCHRÖDER M, LASKAWI R, TRÜBENBACH H, MEYER C: Psychosoziales Umfeld bei Patienten mit Malignomen im Kopf-Hals-Bereich. *Laryngol Rhinol Otol* 68, 122–127, 1989
- SOPKO H: Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München 1990
- STABENOW I: Hals-Nasen Ohren-Heilkunde einschließlich Phoniatrie. In HAHN P (Hrsg.) *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts: Psychosomatik*. Bd. 2, S. 188, Beltz, Weinheim 1983
- VERNON J, GRIEST S, PRESS L: Attributes of tinnitus and the acceptance of masking. *Am J Otolaryngol* 11, 44–50, 1990
- WECHSLER M, CRARY WC: Menière's disease. *Am J Otol* 7, 93–95, 1986
- WEINAUG P: Die Spontanremission beim Hörsturz. *HNO* 32, 346–351, 1984
- WOLFF P: Neue Aspekte zur Pathogenese und Therapie der hyperreflektorischen Rhinopathie. *Z Laryng Rhinol* 67, 138, 1988
- ZENNER HP: Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen der Schleimhaut des oberen Respirationstraktes. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk. Suppl* II, 1–5, 1987