

## Maladie de Menière : relation entre psyché et soma

A. Chays, V. Darrouzet, X. Dubernard

### PLAN DU CHAPITRE

Historique	188
Les théories psychosomatiques	189
Faut-il croire ou ne pas croire...à la psychosomatique ?	191
Qu'en est-il de la maladie de Menière ?	191
Conclusion	192

La psychosomatique paraît à la mode parce que « tout le monde a une idée sur tout » et l'exprime bien davantage que par le passé. Le plus souvent, l'opinion est tranchée : il y a les « pour », il y a les « contre », d'ailleurs assez farouchement opposés.

Mais combien de ceux qui en parlent savent de quoi ils parlent, sinon que d'affirmer sans preuve, ou de nier *a priori* une relation entre le psychique de l'individu malade et l'état de son ou ses organe(s) atteint(s) ? C'est la raison pour laquelle il nous est apparu bien nécessaire de tenter d'exposer ce qu'est la *psychosomatique*, au travers de son histoire, de ses acteurs, de ses théories actuelles, de sa présence en clinique et de son avenir, avant de vous livrer notre opinion ou laisser naître la vôtre à propos de sa responsabilité dans la maladie de Menière.

## Historique

---

Les médecins n'ont pas attendu notre époque pour établir une éventuelle relation entre l'esprit et le corps, puisque Hippocrate l'évoquait déjà et tentait d'y interférer pour soigner... Mais le débat était tout autant philosophique que médical car les deux matières étaient enseignées de façon conjointe. Deux grands courants opposaient le monde philosophique :

- les « monistes », présentant les relations corps/esprit à partir d'un tout indifférencié, mais à l'intérieur duquel ces deux « territoires » de l'existence s'interpénètrent et s'influencent réciproquement ;
- les « dualistes », désignant ces mêmes relations corps/esprit, mais cette fois sous la forme de deux entités distinctes et autonomes. Le corps, de son côté, est régi par des lois qui lui sont propres, initialement décrites par l'anatomie et dont la physiologie décrit le bon fonctionnement. L'esprit, lui, obéit à d'autres lois qui sont soit transcendantes (spiritualisme), soit observables (psychologie). Descartes est considéré comme le concepteur de cette représentation de l'Homme.

## Johann Christian Heinroth

L'adjectif « psychosomatique » est cité pour la première fois en 1857 en Autriche, au moment où le double enseignement, philosophique et médical, s'interrompt. Notons là qu'il s'agit du pays natal de Freud et donc de la psychanalyse. L'adjectif est employé pour la première fois par un psychiatre allemand, du nom de Heinroth, pour caractériser une forme d'insomnie. L'adjectif ne deviendra substantif,

« la psychosomatique », qu'un siècle plus tard pour désigner une nouvelle conception de la médecine, incluant des facteurs psychiques dans le déterminisme des affections organiques et visant à ouvrir une brèche dans le positivisme, jugé réducteur, caractérisant la médecine de la fin du XIX<sup>e</sup> au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Depuis lors, chacun peut constater l'appauvrissement et le déclin de la pensée en tant que telle en médecine. Les uns s'en félicitent au nom de ce même positivisme, les autres le regrettent pour des motifs humanistes. Nous y sommes déjà ! Accueillir et traiter la personne malade est bien davantage une affaire purement technique qu'une démarche basée sur la relation humaine... C'est déjà craindre pour l'avenir de la psychosomatique !

Heinroth avait impulsé par cette phrase « *je contribue psychologiquement au déroulement de ma maladie* » la théorie de la psychosomatique, mais les outils qui permettraient d'explorer ce nouveau champ de connaissance étaient loin d'être forgés.

C'est indiscutablement Sigmund Freud et sa « psychanalyse » qui, sans le vouloir, va indirectement donner ses lettres de noblesse à la psychosomatique, en dotant les acteurs de la psychosomatique de « l'outil psychanalytique ».

Que nous dit Freud ? Que c'est bien une force biologique qui oblige le mental à se construire, c'est-à-dire que le psychisme s'inscrit dans le biologique. Il se construit à partir des expériences corporelles et dans la relation à autrui, mais il va s'en détacher peu à peu. Aussi, Freud s'attache-t-il assez peu sur les relations entre corps et psychisme, gardant toujours une respectable distance vis-à-vis des travaux qui les unissent ; il s'intéresse plutôt à l'appareil psychique en tant que tel : il le modélise en *conscient*, *préconscient* et *inconscient*, pour se livrer à son analyse et traiter, entre autres névroses et hystéries.

## Georg Groddeck

C'est en réalité Groddeck, un personnage très atypique appartenant à la première génération des psychanalystes, qui sera considéré par tous comme le véritable précurseur du mouvement dit « psychosomatique » : il s'acharne à faire perpétuellement se répondre théorie et pratique dans un domaine où tout restait à faire. Il s'engage dans un inlassable questionnement : quelles sont les causes simultanées, psychiques et organiques, impliquées dans l'apparition des maladies du corps ? L'essentiel de son système de pensée est qu'il n'existe en l'homme qu'une seule et même force, le « ça », responsable des productions de sa vie psychique et de son corps. C'est cette force qui peut créer autant de désordres qu'elle peut en réparer : c'est donc à elle que le médecin doit s'adresser lorsqu'il entreprend un traitement

et, ce faisant, il inverse la relation « médecin-malade » : « *le malade est le maître du médecin puisqu'il lui fait prendre conscience de son propre inconscient* ». Mais Groddeck ne fera pas école, pour deux raisons :

- il sera très mal vu autant de la médecine officielle que de la communauté psychanalytique qu'il provoque : « *je suis un psychanalyste sauvage!* » disait-il au 6<sup>e</sup> Congrès international de psychanalyse en 1920;
- il fait le choix d'avoir pour seuls interlocuteurs ses propres malades. Isolé dans son sanatorium, car la tuberculose est la principale maladie à laquelle s'est adressée sa psychosomatique, il tente de les enseigner et de les convaincre de ses certitudes thérapeutiques.

Groddeck disparu, ce seront encore des psychanalystes, presque tous médecins, qui vont tenter de poursuivre l'aventure de la psychosomatique. Sandor Ferenczi, Michael Balint, Angel Garma vont proposer, face à l'incompréhension des médecins d'un syndrome corporel, leur propre version « psychique », explicative de l'apparition d'une pathologie encore énigmatique. La littérature regorge ainsi d'interprétations psychanalytiques de pathologies organiques. Garma considère ainsi l'ulcère d'estomac comme le résultat d'une véritable attaque de la « mère prégénitale intériorisée » et envisage « que plus de mille séances de traitement psychanalytique soient nécessaires pour bien guérir et sans rechute un malade ulcéreux ! » (*Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*, 1954).

En fait, en s'engageant ainsi en médecine, force est de constater que la psychanalyse s'est fourvoyée; il n'est donc pas étonnant que Freud se soit tenu à relative distance de cette démarche.

Mais si la psychanalyse n'a jamais réussi à interagir avec les symptômes corporels produits par les maladies organiques, symptômes hystériques mis à part, elle n'y a jamais totalement renoncé. Car ce sont ses tenants qui, par leur détermination, vont parvenir au début du XX<sup>e</sup> siècle à jeter les bases de « médecine psychosomatique » officielle, reconnue et pratiquée en tant que telle à l'hôpital.

Deux écoles vont naître en deux endroits de la planète, Chicago puis Paris.

## L'école de Chicago

Elle est née des œuvres d'un médecin hongrois, Franz Alexander. Pour lui, le déclenchement de certaines lésions tient en priorité à la personnalité psychique du malade. En d'autres termes, le profil psychologique peut, dans certaines circonstances, être à la source de symptômes organiques.

L'école de Chicago va tenter d'établir une liste de maladies « psychosomatiques » en lançant d'impressionnantes recherches épidémiologiques et sociologiques. On y trouve l'asthme, l'ulcère gastroduodénal, la rectocolite hémorragique, l'eczéma, l'hyperthyroïdie, la polyarthrite rhumatoïde et l'hypertension. Cette liste va marquer profondément et durablement les esprits. La psychanalyse vient en réponse, en visant à révéler à l'individu la signification conflictuelle de ses symptômes.

En 1950, Alexander théorise ce concept dans un ouvrage important, régulièrement réédité : *La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications*.

Par la suite, les représentants de son école vont tracer de nouvelles voies, témoignant toutes de leur volonté de faire avancer la médecine à partir de la psychanalyse. Mais ils ne réussissent pas pour autant à clairement individualiser une spécialité « psychosomatique ».

## Les théories psychosomatiques

### L'approche psychanalytique

La France a le privilège d'accueillir le premier congrès de médecine psychosomatique en 1960. Il ne fait que confirmer un état de division : les participants s'opposent autant sur le statut à donner à leur nouvelle discipline que sur la théorie qui la sous-tend. Deux ans plus tard, Pierre Marty fonde et dirige « l'école psychosomatique de Paris ». Il va tenter de « théoriser » la psychosomatique, tout en avançant vers la clinique. Psychanalyste et ancien fidèle de Lacan, il élabore pour la psychosomatique un système analogue à celui que la métapsychologie constitue pour la psychanalyse. Il met donc au point une « métapsychosomatologie », dont le but est d'élaborer un ensemble conceptuel permettant de décrire et de théoriser les processus de somatisation (*L'ordre Psychosomatique*, Payot, 1998).

Freud estimait qu'en ne remplissant pas son rôle de « pare-excitation », grâce au filtrage du *préconscient*, l'appareil psychique est responsable des dégâts que provoquent les stimuli atteignant ainsi directement l'organisme. C'est ce préconscient qui serait impliqué dans la survenue de désorganisations psychosomatiques. Marty va donc proposer l'idée selon laquelle les malades psychosomatiques possèdent une structure psychique particulière et repérable, aboutissant à un mode de pensée qu'il nomme « pensée opératoire », correspondant dans le discours des patients à une description très concrète de leur réalité, sans fantaisie, sans affect, reflet fidèle d'une vie intérieure pauvre,

privée de fantasmes. Sur ce terrain particulier surviendrait ce qu'il nomme « dépression essentielle », élément inducteur d'une « désorganisation » du mental. Cet état dépressif serait induit par une séparation intervenue très précocement dans l'histoire infantile du patient. Cette séparation induirait, à l'insu du sujet, un état dépressif endémique mais asymptomatique jusqu'au choc traumatique, qui peut n'être qu'un contexte de contraintes excessives imposées à l'individu moderne. Survient alors une désorganisation d'un appareil mental initialement mal structuré, qui finit par céder et laisse un « soma » sans défense : la somatisation est achevée.

Contrairement à ce que prétendait l'école de Chicago, il n'y a donc pas de « maladies psychosomatiques » à proprement parler, mais des personnalités qui, constitutionnellement, sont exposées à des désordres somatiques, ce qui change profondément la prise en charge du patient :

- le modèle permet de penser qu'en corrigeant le mental, il retrouve sa fonction protectrice au sein de l'organisme ;
- l'entretien initial est destiné à repérer le profil « psychosomatique » ;
- l'objectif thérapeutique est de réanimer l'ensemble de la vie psychique du malade, épaissir son préconscient pour obtenir la guérison.

L'aboutissement de cette logique est la prévention. C'est ainsi que dans les années 1980, l'école de Paris a naturellement préconisé l'organisation de la prévention chez l'enfant contre l'apparition, à l'âge adulte, de certaines pathologies, notamment le cancer du sein. Il s'agissait de favoriser le bon développement de l'activité préconsciente des fillettes en surveillant leur construction mentale... Un tel programme n'a jamais été mis en œuvre, ni par aucun service de cancérologie, ni par aucun psychosomaticien.

À la suite ou à côté de Marty, l'ambition thérapeutique ne se dément pas chez les psychanalystes préoccupés de psychosomatique. On peut citer :

- Rosine Debray qui propose une « étiologie sexuelle du diabète » (« Réflexions actuelles à propos d'un cas de diabète insulino-dépendant apparu à quatre ans » in *Revue française de psychosomatique* 2003/1, n° 23) ;
- Sylvie et Silla Consoli (2006) qui proposent un traitement des troubles dermatologiques en « enveloppant le malade, comme l'enfant est enveloppé par les soins maternels, afin que le malade finisse par acquérir un "moi-peau" lui appartenant en propre et capable de contenir son espace psychique », (*La tendresse*, Édition Odile Jacob (2003) ;
- Marie-Claude Célérier qui se donne pour but d'enrayer des saignements dans les maladies inflammatoires du tube digestif : mais elle peine à démontrer l'efficacité de son traitement car, dit-elle, il est toujours associé au classique traitement médicamenteux, celui-ci s'étant cependant montré

inefficace dans les semaines précédant la prise en charge psychosomatique (*Psychothérapie des troubles somatiques*, « Psychothérapies », Dunod, 1998) ;

- Jean Guir (1998) qui revendique une efficacité thérapeutique dans le cancer par le « démasquage de l'ombilic de certains rêves permettant d'amener une sédation, voire une guérison des troubles organiques » ;
- Jean Benjamin Stora (1999) qui s'intéresse au sida. L'efficacité thérapeutique est jugée par le fait que « le psychologue du patient lui a permis de vivre 18 mois de plus que le délai accordé par un premier médecin ». (*Nouvelle approche de la Psychosomatique, 9 cas cliniques*, MJW-F éditions, 2013).

De tous ces travaux inspirés par la psychanalyse, il ressort que les « psychosomaticiens psychanalystes » avancent en ordre dispersé mais s'accordent à participer à l'effort médical de la guérison.

Les uns, tels Groddeck, Alexander, Marty, Guir, pensent disposer d'un réel pouvoir d'action sur les symptômes, les autres supposent plutôt que la psychanalyse modifie avant tout l'attention subjective que ces malades portent à eux-mêmes, à leur entourage et à leur maladie.

Mais à l'heure actuelle, malgré la multiplication des témoignages de patients ou de leurs analystes, aucune expertise médicale n'est en mesure d'en démontrer l'efficacité thérapeutique. C'est dans ce contexte d'efficacité discutée que s'est fait jour peu à peu un courant « neurobiologique ».

## Le courant neurobiologique

La recherche fait souvent appel à la modélisation animale. Les psychosomaticiens ont dû, pour y faire référence, postuler que la « pensée » est une activité partagée par l'espèce animale, ce que l'on peut contester si l'on considère que l'expérience psychique humaine est enracinée dans le langage.

Pavlov fut à la source de cette théorie psychosomatique neurobiologique. Il voulut trouver une explication physiologique à l'existence même du psychisme, nommé « activité nerveuse supérieure », en rivalité avec les théories freudiennes. Face à des contraintes, homme ou animal exprime des symptômes physiques qui en sont la conséquence, constituant d'authentiques « névroses expérimentales ». Sa théorie prend le nom de « théorie corticoviscérale ». Elle sera suivie moins d'un demi-siècle plus tard par la « théorie du stress », dont le maître d'œuvre est le canadien Hans Selye. Face à diverses excitations, l'organisme réagit par l'axe hypophysosurrénalien qui déclenche une « réaction d'alarme ». Soit en s'épuisant, soit en répondant de façon

inappropriée, la réponse finit par épuiser inutilement les ressources de l'organisme et serait alors responsable du déclenchement d'un certain nombre de maladies.

Malgré tous ces travaux, la participation psychique du malade à l'apparition puis à l'évolution de la maladie reste obscure, en particulier, stress psychologique et stress physiologique n'y sont pas différenciés. On rejoint par là la pensée de Freud évoquant le « *saut mystérieux du psychique au somatique* ».

Au-delà, les chercheurs ont cherché à individualiser une spécialité nouvelle, la « psycho-neuro-immunologie », rassemblant psychologues, neurologues et immunologues, c'est-à-dire vie psychique, chimie et biologie corporelle. Un certain nombre d'expériences ont été rapportées (expériences animales, état du système immunitaire chez des personnes placées en congé longue durée, expériences de « pensées positives... »), mais ces recherches ont plus révélé les limites de l'expérimentation en psychosomatique qu'apporté principes et lois applicables à une thérapeutique ciblée.

## La recherche par l'introspection

À l'instar de l'école de Chicago, certains chercheurs, plus psychologues que psychanalystes ont reçu pour mission d'étudier la personnalité du patient : on parle « d'échelle de personnalité ». L'objectif est de démontrer que tout ou partie d'un type de personnalité donné influence de façon significative l'apparition ou l'évolution de certaines maladies. Les outils utilisés ici sont des questionnaires de stress, d'événements de vie, de qualité de vie...

Le phénomène organique étant connu, il paraît en effet facile de constituer une cohorte de patients homogènes selon la pathologie étudiée et d'identifier chez eux des profils particuliers.

Voici un exemple qui en montre les limites : en 1974, deux cardiologues américains, Friedman et Roseman, étudiant la personnalité de sujets cardiaques, publient leurs résultats sous le titre : *Type A behavior and your heart*. Ils annoncent comme une formidable découverte que les traits de caractère des personnalités de « type A » sont la cause de leur maladie coronarienne. Cette personnalité associe impatience, hostilité, compétitivité, rigueur des gestes et rapidité dans le débit verbal. C'était la preuve qu'il existe bien un lien entre le fait biologique, l'état du muscle cardiaque, et le fait psychologique, un type particulier de caractère. Mais d'autres chercheurs reprirent ces travaux et en firent une contre-analyse critique. Ils montrèrent :

- que les auteurs n'avaient rien démontré d'autres qu'une relation statistique entre des traits particuliers et la maladie cardiaque;

- qu'ils n'avaient jamais prouvé que la personnalité de ces malades était la cause de leurs troubles;
- qu'en réalité, il était tout aussi envisageable que par eux-mêmes, les troubles cardiaques aient induit leur personnalité dans le sens observé;
- qu'enfin, de nombreuses personnes porteuses de cette personnalité de type « A » ne présentaient la moindre pathologie cardiaque.

Une fois encore, on ne peut donc qu'être frappé par la manière dont l'objet psychosomatique se révèle aussi difficilement saisissable.

## Faut-il croire ou ne pas croire...à la psychosomatique ?

L'interprétation psychologique de troubles organiques obéirait donc à une logique causale empirique : « si une pathologie apparaît au décours d'un événement déstabilisant du point de vue psychologique, alors la première est la cause du second ». Mais un tel lien de causalité n'étant pas démontré, on s'appuie toujours et encore sur une certitude qui se suffit à elle-même : la croyance dans ce pouvoir particulier qu'aurait l'esprit de perturber le bon déroulement des fonctions corporelles.

L'hypothèse de départ soutenait simplement qu'il est plausible que des liens unissent deux dimensions de l'humain, la première mentale et la seconde physique. Cette hypothèse, au fil du temps, s'est transformée insensiblement en véritable conviction. À défaut d'offrir d'authentiques démonstrations, chaque nouvelle expérience vécue, évocatrice de l'une ou l'autre des théories, a servi de preuve à chacune d'elles.

Le constat clinique est le suivant : grâce au mot « psychosomatique », tout ce qui d'une manière ou d'une autre ne peut s'inscrire directement dans le champ de la rationalité médicale a pu trouver une place. Un nombre incalculable de maux, d'attitudes et de pratiques s'y est intégré : c'est ainsi qu'aujourd'hui, se trouvent pêle-mêle qualifiés de « psychosomatiques » aussi bien des maladies inexplicables que des patients aux symptômes mystérieux, aussi bien des théories de l'articulation du psychique et du corporel que des praticiens hors norme de la médecine davantage préoccupés d'écouter les personnes malades que de déclarer la guerre à la maladie...

## Qu'en est-il de la maladie de Menière ?

Insistons d'abord sur le fait que la fragilité de l'étiopathogénie de cette maladie en fait une proie facile pour des



théorisations variées. Pour autant, à notre connaissance, aucun travail rapporté par un psychosomaticien n'a été publié ou exposé la concernant, à la différence des acouphènes.

## À propos de la bibliographie

Si l'on réalise à ce jour une recherche bibliographique *via* PubMed, voici ce que l'on découvre :

- au cours des 10 dernières années :
  - pour mot-clé « Menière disease » : 1 115 références,
  - pour mot-clé « Menière disease and psychosomatic » : 6 références seulement, soit un peu plus de 5 pour 1 000;
- sans limite de temps quant à la recherche bibliographique :
  - pour mot-clé « Menière disease » : 6 683 références,
  - pour mot-clé « Menière disease and psychosomatic » : 40 références, soit un peu moins de 6 pour 1 000.

On ne peut qu'être frappé par la différence entre l'oral et l'écrit : la fréquence du nombre de communications orales, de tables rondes, de « workshops » dont le sujet concerne le « psychique du Menière » est élevée et elle l'est de plus en plus. Ne serait-ce pas tout simplement la résultante d'une société qui n'a plus le courage et ne sait plus écrire, pervertie par la « facilité et la superficialité médiatique » ? D'ailleurs, si l'on interroge Google, on rencontre à foison des discussions ayant pour excellent intérêt de faire définitivement passer l'envie d'y retourner...

On trouvera ci-dessous la liste des rares publications concernant maladie de Menière et psychosomatique.

## À propos du profil psychique des patients atteints de la maladie de Menière

S'il n'est que rarement écrit, il est très largement enseigné et dit que le profil psychique du patient atteint de la maladie est caractéristique : anxieux, angoissé, surmené, en difficulté dans la vie professionnelle, sociale, familiale, sexuelle. Nous renverrons tout simplement le lecteur aux travaux de Friedman et Roseman, annonçant que les traits de caractère de leurs patients étaient la cause de leur maladie coronarienne. On a vu les biais de leurs études et qu'il était tout aussi envisageable que les troubles cardiaques aient induits leur personnalité dans le sens observé. Lorsque l'on écoute nos patients décrire leurs vertiges et les syndromes neurové-

gétatifs qu'ils endurent pendant des heures, on comprend mieux leur crainte et leur anxiété à l'idée d'une récurrence...

## À propos du profil socioprofessionnel des patients atteints par la maladie de Menière

Il est classiquement décrit que les patients atteints par la maladie de Menière présentent un profil social « plutôt élevé ». Au cours d'un récent travail de thèse, nous avons étudié une population de 85 patients, neurotomisés du fait du caractère invalidant de leur maladie. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées, et il existe une prédominance des catégories « ouvriers non qualifiés » et « ouvriers qualifiés » qui représentent 26 % de l'effectif. Cette répartition correspond à celle de la population française en général puisqu'en 2009, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) chiffrait le pourcentage des ouvriers à 22 % de la population active en France. Nous émettons donc l'hypothèse que la maladie de Menière touche, sans distinction socioprofessionnelle tous les Français...

## Conclusion

---

La naissance et l'histoire relativement récentes de la « psychosomatique » permettent d'expliquer le constat actuel de l'existence d'une communauté « psychosomatique » divisée qui, après deux siècles, cherche encore une efficacité thérapeutique non clairement démontrée et ce, dans de très nombreuses pathologies.

Force est de constater que, loin du rang d'une spécialité universellement reconnue, la psychosomatique n'a pas pu ou su obtenir un statut universitaire la rendant crédible.

En ce qui concerne la maladie de Menière, elle n'a pour l'heure rien expliqué ni démontré d'incontestable.

C'est toutefois un truisme que d'affirmer que la vie psychique du sujet malade est puissamment capable de retentir sur la vie du corps et donc sur l'effet des maladies dont il est atteint. Il s'agit là d'une évidence qui a fait, jusqu'à ce jour, l'éclatant intérêt de notre métier « à l'écoute de nos malades ».

Il n'est donc pas étonnant que dans un monde où d'aucuns pensent remplacer l'écoute et l'humanité par la machine et le « scientisme », la psychosomatique y trouve quelque engrais pour affirmer sa vivacité.

## Bibliographie

*Sont rapportées ici les seules 15 communications référencées « Pubmed » en tant que « Ménière disease and psychosomatic » au cours des 20 dernières années.*

- Eckhardt A, Tettenborn B, Krauthauser H, et al. Vertigo and anxiety disorders - Results of interdisciplinary evaluation. *Laryngorhinootologie* 1996 Sep; 75(9) : 517–22.
- Erlandsson SI, Eriksson-Mangold M, Wiberg A. Ménière's disease : trauma, distress and adaptation studied through focus interview analyses. *Scand Audiol Suppl* 1996; 43 : 45–56.
- Grigsby JP, Johnston CL. Depersonalization, vertigo and Ménière's disease. *Psychol Rep* 1989 Apr; 64(2) : 527–34.
- Huy PT. What should a primitive surgeon know about Ménière's patients? *Otol Neurotol* 2006 Jan; 27(1) : 1–3.
- Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015 Mar; 86(3) : 302–8.
- Martin C, Martin H, Carré J, et al. Ménière's disease. A psychosomatic disease? *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 1991; 112(2) : 109–11.
- Martin C, Martin H, Carre J, et al. Psychologic factor in Ménière's disease. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1990; 107(8) : 526–30 discussion 530–1.
- Orji F. The Influence of Psychological Factors in Ménière's Disease. 4(1) : 2014 Jan; 3–7.
- Pribytkov AA, Pribytkova NV. Psychosomatic disorders in Ménière's disease : clinical manifestations and multimodality therapy. *Vestn Otorinolaringol* 2009; 6 : 74–7.
- Sawada S, Takeda T, Saito H. Antidiuretic hormone and psychosomatic aspects in Ménière's disease. *Acta Otolaryngol Suppl* 1997; 528 : 109–12.
- Schaaf H, Eichenberg C, Kastellis G, et al. Treatment of tinnitus needs a combined neurootological and psychosomatic approach. *Otolaryngol Pol* 2010 Mar-Apr; 64(2) : 78–82.
- Tschan R, Best C, Beutel ME, et al. Patients' psychological well-being and resilient coping protect from secondary somatoform vertigo and dizziness (SVD) 1 year after vestibular disease. *J Neurol* 2011 Jan; 258(1) : 104–12.
- Wexler M, Cray WG. Ménière's disease : the psychosomatic hypothesis. *Am J Otol* 1986 Mar; 7(2) : 93–6.
- Yardley L, Masson E, Verschuur C, et al. Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients : development of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res* 1992 Dec; 36(8) : 731–41.

