

"Viden fra hele verden"

Under denne overskrift vil vi fremover i MTF-NYT bringe en række artikler, der viser, hvad der rører sig hos vore udenlandske samarbejdspartnere. Der bliver hovedsagelig tale om udenlandske, ofte videnskabelige artikler om henholdsvis Ménière og tinnitus oversat til dansk

Vi skal gøre opmærksom på, at artiklerne rummer meget om behandlingsformer på betalingsklinikker i udlandet og derfor ikke altid kan sammenlignes med behandlingsformer i det danske sundhedssystem.

Vi lægger ud med en artikel fra det tyske Tinnitus Forum nr. 2, 1999 oversat til dansk af translator Gitte Knudsen.

Morbus Ménière:

En sygdom på krop og sjæl

Af Dr. Helmut Schaff, Hedwig Holtmann og Dr. Gerhard Hesse, Tinnitus-klinikken Arolsen

Ménières sygdom kendetegnes ved svimmelhedsanfald oftest med lavfrekvent tinnitus og svingende høretab. I de industrialiserede lande anslås sygdommen at ramme 1 ud af 1000. Opleves den ofte invaliderende svimmelhed hyppigere, kan angsten for svimmelheden blive så stor, at den i sig selv fører til usikkerhed og svimmelhed og derved bliver en særskilt del af sygdomsbilledet. I så fald har man ofte en "konstant" svimmelhedsfølelse, også kaldet "psykogen svimmelhed". Disse ofte trinløse overgange mellem organisk-betinget og (reaktiv) psykogen svimmelhed gør Ménières sygdom til et af de mest forskelligartede svimmelhedsfænomener, og der er behov for en nøjere undersøgelse både hvad angår diagnose og behandling.

Svimmelheds-angst og angst-svimmelhed

"En kraftig ung mand overfaldes uden påviselig årsag af svimmelhed, kvalme og opkastning. En usigelig angst får hans kræfter til at svinde; hans ansigt, der er blegt og badet i sved, viser, at han er besvimmelset nær. Da han ligger på ryggen, kan han ikke åbne øjnene uden at tingene i rummet farer rundt. Den mindste bevægelse øger svimmelheden og kvalmen; såsnart den sygdomsramte forsøger at ændre stilling, starter opkastningen påny. ... Enhver voldsom bevægelse

fremkalder lignende funktionsforstyrrelser."

Denne gribende beskrivelse stammer fra den franske læge Prosper Ménière, som første gang beskrev sygdommen 1861. (Blumenbach, L. 1955). Den typiske rotatoriske svimmelhed, der ikke kan fremprovokeres, kommer i anfald, også om natten mens man ligger i dyb søvn.

I flere timer og op til 1 til 2 dage efter anfaldet føler de pågældende sig usikre, udmattede og mørbankede. Dernæst synes alt at være som før. Støj i ørerne samt høretab, typisk i lavtoneområdet, kan blive tilbage. Begge symptomer kan i lang tid være svingende oftest på et mellemniveau. Den organiske årsag til Morbus Ménière er en ophobning af (lymfe)-væsken i det indre øre. Dette fænomen betegnes "endolympfatisk hydroks" (Michel 1998, Jahnke 1994). Denne ophobning opstår formentligt som følge af et misforhold mellem produktionen og borttransporteringen af væsken i det indre øre. Derved kan det fint udtænkte sansesystem blive forstyrret. Det kan udvikle sig til et regulært kaos i ligevægt-sorganet og til høreforstyrrelser og høretab.

Ménière-patienter med hyppige anfald oplever ofte usikkerhed, angst og tilløb til panik, da de aldrig ved, hvornår og om det næste an-

fald kommer og med hvilken styrke. Hyppige følger er angsttilstande og en depressiv udvikling.

I sådanne tilfælde beretter de pågældende ikke sjældent om "konstant" svimmelhed og fortæller: Man er svimmel, usikker på benene og klodset. Derudover er man forvirret og angst; ofte meget angst. Hele dage er nu "Ménière-dage". I bestemte situationer opleves denne følelse, der er forbundet med angst og panik, som et Ménière-anfald forårsaget af det indre øre. Dette til trods for at nystagmus (hurtige øjenbevægelser) ikke kan observeres og Ménière-patienten kan stå op. Denne yderligere sygdomskomponent svarer til reaktiv psykogen svimmelhed.

Reaktiv psykogen svimmelhed

I teorien kan mekanismerne bag svimmelhedsanfaldene i mange tilfælde forklares. Specielt

- usikkerhedsfølelsen
- angsten og panikken

ligesom de vegetative følgesymptomer ofte er "klassiske" ifølge Ménière-modellen

Mens disse symptomer først og fremmest udløses af organisk-betingede hændelser i kroppen, kan andre påvirkninger i tiden op til anfaldet dog efterfølgende udløse reaktioner, i særdeleshed usikkerhed, angst og "omtågethed", der kan opfattes som et Ménière-anfald. Disse er især:

- de fysiske omgivelser eller konfliktsituationen, hvor anfaldet skete eller gentog sig
- en i styrken tiltagende tinnitus, der også gik forud for det organisk-betingede anfald

- en bevægelse med hovedet
- tidspunktet

Påvirkningerne der udløser anfaldene kan endvidere blive mindre specifikke. I så fald kan lignende situationer eller fænomener nu udløse svimmelhedsanfald.

Selve angsten kan til gengæld opleves som omtågethed og svimmelhed, hvilket kan være indledningen til en vedvarende proces med angst-svimmelhed og svimmelhedsangst. Der til kommer, at flere elementer kan blive forstærkede gennem rotatoriske svimmelhedsanfald, der reelt er forårsaget af det indre øre. På lang sigt medfører dette flere begrænsninger samt social isolering. Dermed dukker flere

**Jo mere du bruger,
jo mere sparer du**



Normalt er det sådan med en lønkonto, at jo mere du bruger den, jo mere betaler du.

Med BG PrivatPlus er det lige omvendt.

Her betaler du et fast gebyr på 40 kr. om måneden.

Til gengæld betaler du ikke ekstra for at oprette eller bruge Visa/Dankort i Danmark, for at anvende checks eller for betaling af regninger. Samtidig bliver du medlem af PlusKlub*, der blandt andet giver dig rabat på en lang række restauranter og caféer samt fordelagtige tilbud på rejser og udvalgte mærkevarer.

I princippet kan man sige, at jo mere du bruger kontoen, jo mere sparer du. Og det er da en brugerbetaling, der er til at forstå.

Kig ind til os i dag, så kan du begynde at spare penge allerede i morgen.

Det kan ~~ikke~~ betale sig

*Ydelse i PlusKlub leveres af CENDANT A/S

www.bank.dk

psykogene følgeproblemer op, der i sig selv kan blive en udløsende faktor.

I den forbindelse er det vigtigt at vide, at disse mekanismer overvejende udløses ubevidst, og for de ramte og for det meste for omgivelserne er virkningen af disse rystende og meget svær at forstå. Disse psykogene svimmelhedsformer, der kan behandles, kan forventes hyppigere, jo mindre den pågældende forstår omkring de organisk-betingede hændelser i kroppen.

Selv når ligevægtsorganet i stadiet IV for længst har mistet sin funktion, kan psykogen svimmelhed optræde.

Morbus Ménières 4 stadier ifølge Jahnke 1994

Stadium 1:

Fluktuerende (svingende) høreevne. I dette stadium kan hørelsen normalisere sig fuldstændigt efter et svimmelhedsanfald

Stadium 2:

Svimmelhed og fluktuerende høreevne som spontant bedrer sig, men ikke normaliserer sig eller kun bedre sig efter osmotisk behandling (f.eks. glyceroltesten).

Stadium 3:

Tydelig hørenedsættelse uden fluktuation, yderligere svimmelhedsanfald

Stadium 4:

"udbrændt" Ménière-sygdom, ligevægtsorganet har mistet sin funktion

Kan psykogene konstellationer være en medvirkende årsag til Ménière-svimmelhed?

Et spørgsmål, der til dato kun har kunnet besvares spekulativt, er hvor vidt psykiske problemer kan have del i Ménières sygdoms opståen eller fremtrædelsesform. Uden at have efterforsket det nøje, finder man i mange øre-næse-hals-lærebøger spekulationer om psykisk medvirken. Måske observeres eller antages "vegetativ labilitet" (Boenninghaus 1990) eller psykofarmaka anbefales under henvis-

ning til, at anfaldshyppigheden tiltager under stress (Scherer 1997). Mange Ménière-ramte fortæller, at svimmelhedsanfaldene optræder hyppigere i nogle situationer end i andre, og at de måske også er mere eller mindre voldsomme, dette kan dog også forklares v.h.a. mekanismerne bag reaktiv psykogen svimmelhed.

En af de første der antog, at psyken kan komme til udtryk gennem ligevægtsforfølelser og muskelspændinger, var psykoanalytikeren Paul Schilder (1942), der har været med lige fra begyndelsen. Han gik et skridt videre og antog, at ændringer i psyken også kan føre til organisk-betingede ændringer i ligevægten. Baggrunden for denne antagelse var hans iagttagelse, at ligevægtsorganet er et sansorgan, der kun opfanger halvbevidste indtryk. Det reagerer oftest med ubevidste "instinktive, primitive bevægelser". Hvis dette skal holde stik, bør man specielt ved udløsningen af det første anfald kunne finde en psykisk formidlet komponent hos Ménière-patienter. Dette angiver i særdeleshed psykodynamisk-orienterede forfattere lige fra Fowler og Zec- kel 1952, Hinchcliffe 1967, Bascquaz 1969 til Groen 1983. De antog, at anfaldet udløser en eksplosionsagtig spændingsudledning, fordi de pågældende ofte ikke har været i stand til på anden måde at give udtryk for et eksistentielt chok.

- Groen antog i 1983, at der hos hans forsøgsgruppe på 21 patienter var en nøgle-lås mekanisme, der påvirkes af 3 ting:
- en mere eller mindre modtagelig personlighedstruktur
- en indbyrdes konflikt mellem mennesker, der for en personlighed med netop denne struktur er specielt frustrerende
- at være hæmmet eller føle det umuligt at udleve en følelse

Vi har underkastet 113 af vores Ménière-patienter på sygehuset en psykologisk diag-

nostik og en psykologisk helhedsvurdering. Der var ingen kontrolgruppe. Ifølge vore observationer tyder det overvejende på, at de alvorlige ændringer i kroppen fører til en reaktiv-depressiv udvikling i form af "tilpasningsforstyrrelser". Ved en undersøgelse af sygdomshistorien finder man ganske vist hos godt halvdelen af de Ménière-syge også konstellationer før eller ved sygdommens udbrud, der efter en psykologisk vurdering af svimmelheden, og hvis patientens levnedsskrivelse tages i betragtning, absolut kan give mening. Ganske vist kan også dette kun være et yderligere fingerpeg om, hvor tæt forbundet krop og sjæl er.

Som ved andre undersøgelser med væsentligt færre patienter, mangler der også hos os kontrolgrupper med andre patienter med psykosomatiske lidelser. Patienter der ofte bliver beskrevet som havende lignende "typiske strukturer". Ifølge Wexler og Crary 1986 bliver forskellene, i de undersøgelser hvor kontrolgrupper inddrages, mindre og nærmer sig nul, hvis kontrolgruppens symptomer nærmer sig de symptomer man finder hos Morbus Ménière. De postulerer, at alle sygdomme frembringer deres egen psykopatologi.

Diagnose

For at sikre terapien kan det være en hjælp, hvis denne er konciperet og struktureret, eftersom man let kan lade sig forvirre af de mange svimmelhedsformer. Dertil hører først og fremmest en klar diagnose og en skelnen mellem de somatiske og de psykogene dele. En grundig undersøgelse af patientens sygdomshistorie udgør det vigtigste grundlag for dette. Sammen med de "simple", grundlæggende hals-næse-øre-undersøgelser (audiogram, vestibularistest) og en Nystagmusbrille har man god mulighed for at skelne mellem de to komplekse dele.

Anfaldet der er forårsaget af det indre øre kan næppe beskrives bedre, end Ménière har gjort det tidligere i denne artikel. Vigtigt er først og fremmest det akutte tidsbegrænsede anfald med hurtige øjenbevægelser (nystagmus) såvel som følgesymptomerne høretab og tinnitus og de mere eller mindre tydeligt tilstedende vegetative symptomer (sved, hjertebanken, faldende blodtryk). Opkastning og diarré kan forekomme, men gør det ikke altid. For psykisk svimmelhed gælder tommelfingerreglen, at jo mere mangfoldig og uigen-

	<i>Svimmelhedsanfald forårsaget af det indre øre</i>	<i>Psykogen svimmelhedstilstand</i>
<i>Beskrivelse af svimmelheden</i>	<i>rotatorisk svimmelhed, ofte ledsaget af opkastning, Tinnitus og trykken for øret, rummet farer rundt</i>	<i>mangfoldig, "hovedet drejer rundt", trykken i maven, følelse af indeklemthed, usikkerhed, "gulvet vakler"</i>
<i>Svimmelhedens varighed</i>	<i>mindst 10 minutter og op til timevis</i>	<i>"vedvarende", "i dagevis", "altid", "afhænger af situationen".</i>
<i>Nystagmus (hurtige øjenbevægelser)</i>	<i>til stede</i>	<i>ikke til stede</i>
<i>Audiogram (høretest)</i>	<i>gentagne lavtonetab og svingninger</i>	<i>ingen ændringer</i>
<i>Fiksering af en fastgjort genstand</i>	<i>ikke mulig</i>	<i>mulig</i>
<i>Voldsom optræden</i>	<i>ikke mulig, fører til at man falder om (igen)</i>	<i>forbedrer svimmelhedsoplevelsen, medfører mere stabilitet</i>
<i>Mennesker der står én nær</i>	<i>uden direkte indflydelse på svimmelheden</i>	<i>kan forbedre svimmelhedsoplevelsen væsentligt</i>

Måder hvorpå man kan skelne mellem svimmelhed forårsaget af det indre øre og psykogene svimmelhedstilstande

Læs videre på næste side

nemsigtig lidelsen opleves, des mere sandsynlig er den. Forudsætningen er, at der selv med en nystagmusbrille ikke kan konstateres spontan nystagmus. Endvidere er det sandsynligt, at enhver vedvarende svimmelhed er psykogen-betinget, hvis der ikke kan påvises gangforstyrrelser eller en skadelig påvirkning af nerverne i hjernen, da de andre "perifere" beskadigelser af ligevægtssystemet udbedres efter få uger. Dette gælder selv i de tilfælde, hvor man oplever rotatorisk svimmelhed.

Ganske vist er det ikke automatisk psykogen svimmelhed, hvis der ikke kan påvises noget organisk. Lyder diagnosen på psykogen svimmelhed skal der altid gives en faglig korrekt forklaring og en relevant henvisning til den sjælelige dynamik (psykodynamik).

Terapeutiske tiltag

Hvis man ved psykosomatisk svimmelhed ligesom Lamparter (1995) forstår fænomener, hvor "symptomet svimmelhed ganske vist i sin umiddelbare patopsykologiske fundering er organisk betinget, men hvor psykiske faktorer i høj grad spiller ind ved sygdommens opståen, forværring eller opretholdelse", så drejer det sig om en psykosomatisk svimmelhedssygdom.

Derfor har personer der lider af Morbus Ménière i reglen behov for en tilpasset behandling, da de ellers falder tilbage på de oftest adskilte terapeutisk-medicinske og psykologiske behandlingsmetoder. Det er vigtigt, at der er et fornuftigt samarbejde mellem læger, psykoterapeuter og helst også kropsterapeuter, hvis disse ikke er én og samme person. Det er dog også nødvendigt, at den pågældende selv er engageret, motiveret og har viljen til at blive helbredt.

"Rollefordelingen" kunne se ud som følger: Det påhviler lægen at give en nøjagtig diagnose, og en, for patienten, forståelig forklaring. Patienten skal forstå sygdommen, og måder hvorpå man kan omgås mulige problemer skal drøftes, bl.a. svimmelheden og den gen-

erelle usikkerhed. Her tæller først og fremmest den emfatiske tilgang og kompetence også den non-verbale. Når sygdommen, patientens ressourcer og kravene der stilles til den pågældende (job, familie etc.) er taget i betragtning, gælder det i den forbindelse om at lægge vægt på det, der endnu er muligt. Det er ikke hensigtsmæssigt, at foregive at noget er muligt, i et forsøg på at skåne patienten, hvis patienten hurtigt kan blive skuffet.

Desuden har den medicinske behandling meget at tilbyde:

- Oplysning og rådgivning: Morbus Ménière er ikke en døds- eller tilintetgørelsesdom!
- En effektiv dæmpning af det akutte anfald med kvalmestillende medicin, i reglen i form af stikpiller.
- Teknisk kompensationshjælp ved høretab lige fra høre- og CROSS-apparater, træning i mundaflæsning, tegnsprog, sprogcomputere o.s.v. til Cochlear Implant.
- Som sidste mulighed er der den definitive overskæring af ligevægtsnerven.

Øre-næse-hals-læger anbefaler at gå frem skridt for skridt, hvor man medikamentelt og kirurgisk interesserer sig for antallet og varigheden af svimmelhedsanfaldene og indskrænkningen af høreevnen. Ved denne klassificering er der ingen tidsgrænse. En Ménière-lidelse kan gennemgå alle stadier; men kan også standse i stadium 1.

I **stadium 1+2** koncentrerer Ørelægerne sig om den symptomatiske bekæmpelse af den akutte svimmelhed med svimmelhedsdæmpende midler. Til disse stadier bruges først og fremmest Betaserc. Rent kemisk er disse histamin-analoge substanser, der skal forbedre blodtilførslen. Desværre er der stor tvivl omkring virkningen af disse medikamenter. Fornuftsbestemt gælder det for alle medikamenter, der skal påvirke Morbus Ménière gennem en forbedret blodtilførsel: "Det er meget

tvivlsomt, at et eller andet såkaldt karudvildende medikament i labyrinten har en væsentlig indflydelse på blodstrømmen i det indre øre. (Paparella, 1991) Selv hvis man kun opnå en forøgelse af blodtilførslen, er det svært at forstille sig, at det ville have indflydelse på den endolymfatiske hydroks. (Morgenstern 1994)

Derfor anvender vi ikke disse medikamenter.[Ⓛ]

Når svimmelhedsanfaldene påvirker den pågældendes livskvalitet og/eller arbejdsevne, kommer i **stadium 2b og 3** videregående indgreb i betragtning. Sålænge der endnu er hørevne i sprogområdet, forsøger man sig med indgreb, hvor det i det mindste i teorien er muligt at bevare denne. På det kirurgiske område er saccotomi i mange variationer det hyppigst gennemførte indgreb på verdensplan. Man håber derved at aflaste den endolymfatiske sæk, der borttransporterer endolymfevæsken. Spørgsmålet er desværre også her, om denne foranstaltning aflaster endolymfen eller behandlerne mest. Succesen ved saccotomi er ikke større end ved placebo, der ganske vist ligger på 70%.

Det er sikkert fornuftigt at undgå et umådeholdent indtag af alkohol og nikotin, ligesom man bør holde en kalorie-, væske- og saltfattig ernæring. Det er værd at være bevidst omkring vitaminer, mest enkelt i form af grøntsager. Kaffe kan med måde forbedre ligevægtsfunktionen. Enhver lovning på helbredelse er mere end tvivlsom.

Hvis svimmelhed forårsaget af det indre øre optræder mere end 2 gange om ugen i **stadium 3**, og er hørevnen i sprogområdet faldet bort, kommer mere indgribende foranstaltninger også i betragtning (Morgenstern 1994). Dertil hører tilførsel af det ototoxiske gentamycin (der også allerede gennemføres i stadium 2b) eller den sidste mulighed: neurec-

tomia nervus vestibularis (overskæring af ligevægtsnerven). Ulempen ved gentamycin tilførsel er, at høreresten bringes i fare, ved Neurectomi er ulempen det relativt risikofyldte neurokirurgiske indgreb.

Efter gennemsnitligt ni år brænder Ménière's sygdom ud hos 75% af de ubehandlede, og de der ikke har modtaget kirurgisk terapi(!). D.v.s., at svimmelhedsanfaldene bliver svagere eller forsvinder helt. (Stahle et al. og Kitahara in Huang 1991). På dette **stadium 4** befinder de Ménière-ramte sig organisk på samme niveau som mennesker, der af andre grunde, måske p.g.a. betændelse, har mistet ligevægtsorganet. Forud for dette kan den pågældende dog muligvis have været ude for dramatiske oplevelser med langvarig usikkerhed, der har efterladt ar. Oplever man ikke svimmelhed, der kommer i anfald mere, kan den formindskede ligevægtsfunktion til en hvis grad genoptrænes og bevares gennem ligevægtsøvelser.

Høretabene bør i alle stadier efter passende indikation udlignes med høreapparater og/eller CROSS-apparater.

Vort ønske til medicinerne er, at de er bevidste om og respekterer den sjælelige side såvel

Læs videre på næste side →

JULEKORT !

Postkort efter Akvarel af Irma Jung
5 forskellige motiver.

5 dobbelt-kort m/kuvert, kr. 30,-
5 enkelt-kort u/kuvert, kr. 20,-

Salget af disse kort støtter arbejdet
for Ménière og tinnitus sagen.

Bestil idag hos :

MTF's Sekretariat
Kløverprisvej 10 B, 2650 Hvidovre
e-mail mtf@mtf.dk
Telefon 36 35 96 35

[Ⓛ]I Danmark anvendes både Betaserc® og Vastarel® og hjælper ca. 50% af alle ménière-ramte. Red's anmærkning.

som den professionelle stillingtagen. I den forbindelse kunne afspændingsbehandling som f.eks. progressiv muskelaftspænding eller autogen træning være indledningen til en ændret omgang med sygdommen.

De tidskrævende mellemtrin og den professionelle psykoterapeutiske og i givet fald også kropsterapeutiske bearbejdning af den pågældendes problemer, overstiger i reglen medicinens muligheder. Dette er dog ofte nødvendigt. Også hvis der er organisk svage sider el-

ler skader, afhænger forløbet, lidelsen og oplevelsen af sygdommen væsentligt af anvendelsen og den aktive tilegnelse af overvindelsesstrategier. Således bør psykologer tilkaldes og opsøges, hvis der opstår problemer i forbindelse med sygdomsovervindelsen, og hvis livsevnen, (kærlighedsevnen) og arbejdsevnen er i fare. Psykoterapeutisk hjælp er i særdeleshed nødvendig, når psykogen svimmelhed sætter ind. I den forbindelse er det ofte hensigtsmæssigt at inddrage omgangskredsen, spe-

Stadium:	Foranstaltning:	Idé:	Vurdering:
Akutte anfald	Kvalmestillende, i.v., Oralt, supp.	Central dæmpning af svimmelheden forårsaget af det indre øre	Fornuftigt og effektivt at medgive pågældende anti-kvalmemidler.
	Selvhjælpkort, pose, mobiltelefon	Gavnlig for ens egen sikkerhed ved de til en hver tid mulige anfald	Giver et spillerum til at handle
Stadium I fluktuerende (svingende) høreevne. Hørelsen kan normalisere sig fuldstændigt efter et svimmelhedsanfald	Betaserc	Gennem en øget blodtilførsel opnås en forbedring af symptomerne	Selv hvis (tvivlsomt) en øgelse af blodtilførslen opnås, er det svært at forestille sig, at det vil have nogen indflydelse på hydroksen
	Vanddrivende	Forringelse af endolymfatisk hydroks	Er ikke tilrådeligt over længere tid.
	Cortison	Skal påvirke immunforsvaret	Er ikke påvist statistisk
Stadium II Svimmelhed og fluktuerende høreevne som spontant bedrer sig, men som ikke normaliserer sig	Saccotomi	Skal skaffe plads til endolymfe-sækken og forbedre cirkulationen i endolymfen	Ikke større succes end med placebo Den kirurgiske epitelbeskadigelse kan formindske den resorptive ydeevne
Stadium III Tydelig hørenedsættelse uden fluktuation, yderligere svimmelhedsanfald	Labyrint-afbrydelse med Gentamycin	Overvejende afbrydelse af sansecellerne	indikeret hvis svimmelheden forårsaget af det indre øre optræder mere end to gange om ugen
	Neurektomi Central/perifer		Sidste udvej
Stadium I-IV IV = udbrændt Ménière-sygdom	Høreapparater/Cross-apparat	Udligning af høretabet og bevarelse af retningshørelsen	Efter passende indikation nødvendig!!! Bliver for ofte unldat
	Psykofarmaka	Blokering af emotionelle reaktioner	F.eks mulig ved passende psykisk indikation. Ikke hensigtsmæssigt "mod svimmelheden"

cielt livsledsageren (Praetorius 1995).

Meget er vundet, hvis man psykoterapeutisk kan arbejde henimod, at den uundgåelige svimmelhed begrænser sig til de rent organiske anfald.

Et ønske til psykoterapeuterne er, at ethvert svimmelhedsanfald ikke udlægges som et psykogent anfald.

Vi har gjort den erfaring, at vores patienter efter et psykosomatisk arbejde på mellem seks til otte uger opnår en "mere stabil" tilstand og en ny sikkerhed. Også G. Goebel beretter om de Ménière-patienter, der er blevet behandlet i Roseneck, at man kunne tackle angstdelen gennem psykoterapi, og at "kun" de meget sjældnere Ménière-anfald bliver tilbage (personlig meddelelse). Hvad angår den formelle terapiretning er adfærdsterapi et godt valg, når det drejer sig om psykiske sygdomme med en høj angstdel. Specielt ved behandlingen af den reaktiv psykogene svimmelhedsandel har adfærdsterapien vist gode resultater.

Der er dog ingen utvetydig etableret behandlingsmåde ved Morbus Ménière. Dertil er sygdomsbilledet, lige såvel som de mulige årsager, for kompleks. Som den kliniske erfaring viser, er samtalepsykoterapi, der lægger vægt på empati, kongruens og accept, en god basis for Ménière-patienter. De terapeutiske muligheder går fra en forbedring af éns selvaccept, handlekraft, den sociale evne til at sætte sin vilje igennem til udviklingen af aktiv stressovervindelse og indbefatter en forbedring af de symptomer kroppen udviser. Men også den analytisk indstillede Lamparter (1995) fra den psykosomatiske klinik i Eppendorf beretter, at gennem bearbejdelsen af konflikter i éns liv, i særdeleshed aggresions- og samvittighedstanker, kan man opnå en reduktion af den grundlæggende emotionelle spænding og derved kan anfaldshyppigheden sænkes.

Selvhjælp

Den pågældendes egen motivation og vilje til at blive rask, har en større indvirkning end

terapeutens personlighed og terapimetoden (Lukas 1997). Når det kommer til stykket gælder det ved alle terapeutiske møder om, at mennesker der søger løsningsmuligheder kan finde tilbage til deres oprindelige udgangspunkt. Dertil hører, at man beskæftiger sig med sygdomsbilledet for selv at opnå en vis kompetence med hensyn til det mulige og nødvendige.

Forberedelse på akuttilfælde

- Det er fornuftigt og effektivt at forberede sig selv på et muligt anfald. Dertil hører:
- Stikpiller og tabletter mod kvalmen
- Et "hjælpekort", der viser, at den pågældende ikke er fuld men syg, når denne har et svimmelhedsanfald, og hvorpå der bliver anmodet om støtte
- En pose i tilfælde af, at anfaldet trods medbragte medikamenter fører til opkastning
- Tekniske hjælpemidler, som en mobiltelefon, så der i givet fald kan tilkaldes hjælp

Efter et akut Ménière-anfald kommer ligevægtssystemet sig ganske vist i reglen spontant, dette er dog ikke ubetinget tilfældet ved hyppigere anfald. Derfor er ligevægtsøvelser et vigtigt skridt, hvis man skal bevare og genvinde sikkerheden i éns bevægelser og "holdningen" i bredeste forstand.

Dette gælder også for "psykogene" svimmelhedstilstande! I den forbindelse er der mange muligheder. Der er behov for professionelle kropsterapeuter, når éns egne kræfter ikke slår til mere.

Udover individuelt afstemt, særskilt ligevægtstræning arbejder vi på Tinnitus klinikken i Bad Arolsen med Tai-Chi-Chuan-øvelser.

Disse øvelser egner sig til at fremme den almen bevisthed samt finde eller genfinde den sensoriske balance. Vejledning er dog nødvendig.