

3. Therapiemöglichkeiten

Es bestehen folgende Möglichkeiten, die Symptomatik positiv zu beeinflussen:

1. Effektive Bewältigung des anfallsartig auftretenden Schwindels und Erbrechens
2. Strategien zur Senkung der Anfallshäufigkeit und -schwere
3. Wiedergewinnung von Vertrauen in die eigene Haltungs- und Bewegungsorganisation
4. Wiedergewinnung von Sicherheit bei der beruflichen und privaten Lebensgestaltung
5. Bewältigung der chronischen Erwartungsangst vor den Anfällen
6. Bewältigung einer reaktiven depressiven Symptomatik
7. Bewältigung der Schwerhörigkeit
8. Bewältigung der Ohrgeräusche

3. Therapiemöglichkeiten

• Ärztliche Abklärung

- Anamnese
- Sichtung der erfolgten Voruntersuchungen
- Ausschluss weiterer relevanter und therapiebedürftiger Erkrankungen

• Bezugstherapie (mit dem persönlich zugeordneten Therapeuten):

- Erarbeitung eines persönlichen Bedingungsmodells
- Erfassen persönlicher Beeinträchtigungs bereiche und begleitender/mitverursachender Störungen im Privatleben und Beruf
- Erfassen bereits bestehender und Entwicklung weiterer Bewältigungsstrategien
- Erstellung des Behandlungsplans

• Spezielle Bewegungstherapie

Auf den Betroffenen abgestimmte Gleichgewichtsübungen (funktionelle Gymnastik, Feldenkrais-Gruppen- und -Einzelbehandlung, Gleichgewichtsgruppe, Kiefer-HWS-Gruppe)

Stand: 01.2022

• Achtsamkeitstraining

Probersituationen zur Erfahrung achtsamen und selbstfürsorglichen Verhaltens in einer Gruppe; nach Grundkurs fakultative Möglichkeit der Fortsetzung der Arbeit bis zum Ende des Aufenthaltes

• Allgemeiner Klinikrahmen

- Einführung Psychosomatik
- Problemlösegruppe (Basisgruppe)
- Indikative Gruppen bei psychischen Begleiterkrankungen (insbesondere Depression, Selbstsicherheit, Angst)
- Erlernen eines Entspannungsverfahrens
- Indikative Gruppe Körperwahrnehmung
- Bewegungsarbeit nach der Feldenkrais-Methode
- Sporttherapie
- Physiotherapie
- Sozialberatung, Klärung von Problemen am Arbeitsplatz, stufenweise berufliche Wiedereingliederung, Klärung berufsfördernder Leistungen usw.

QF_3.1.2_18 Morbus Menière_1

Anmeldung und Infomaterial:
Celenus Parkklinik Bad Bergzabern
Kurtalstr. 83-85, 76887 Bad Bergzabern
Tel. 06343 942-0, Fax 06343 942-299
www.parkklinik-bad-bergzabern.de
info@parkklinik-bad-bergzabern.de
Ein Unternehmen von Celenus/salvea



Fachklinik für
Psychosomatik und
Verhaltensmedizin



**Behandlung
des Morbus Menière
und typischer
psychosomatischer
Folgen**

1. Was ist unter der Menière'schen Erkrankung zu verstehen?

Die Menière'schen Erkrankung ist eine nach dem französischen Arzt Prosper Menière benannte Innenohrerkrankung. Bei dieser kommt es infolge einer Stauung der Innenohrflüssigkeit (Endolymphe) zu Störungen des anatomisch miteinander verbundenen Gleichgewichts- und Hörorgans. Die genauen Ursachen der Erkrankungen sind nicht bekannt. Vermutet werden entzündliche Prozesse, hormonelle Einflüsse, Stoffwechsel- und Durchblutungsänderungen im Innenohrbereich. Psychosoziale Stressoren sollen das Auftreten von Anfällen begünstigen. Die Erkrankung ist mit einer Häufigkeit von ein bis drei Betroffenen pro tausend Einwohner der Industrienationen relativ selten.

Die Erkrankung kann einen sehr unterschiedlichen Verlauf nehmen mit nur wenigen, sehr seltenen Anfällen oder aber mehreren Anfällen pro Woche verbunden mit einem progredienten Hörverlust.

Die Erkrankung ist typischerweise charakterisiert durch die nachfolgende Symptomtrias:

1. Drehschwindelanfälle
2. Schwankendes, im Anfall vermindertes Hörvermögen
3. Tieffrequentes Ohrgeräusch (Tinnitus).

Die Anfälle dauern zwischen 20 Minuten und mehreren Stunden. Die Betroffenen leiden vor allem unter dem wiederkehrenden Schwindel, der ihnen richtiggehend den Boden unter ihren Füßen zu entziehen scheint, d. h. verbunden ist mit einer hochgradigen, teilweise zur Geh- und Stehfähigkeit führenden Gleichgewichtsstörung, massivem Erbrechen, Erleben von Hilflosigkeit und Kontrollverlust sowie Angst, die sich bis zur Panik steigern kann.

Die Schwindelattacken können den beruflichen und privaten Aktionsradius der Betroffenen erheblich stören und diese massiv verunsichern und einschränken. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass sich im Gefolge häufig psychosomatische Folgeerkrankungen entwickeln. Dabei handelt es sich häufig um eine wachsende Erwartungsangst vor weiteren Schwindelanfällen verbunden mit übermäßiger ängstlicher Selbstbeobachtung, Daueranspannung sowie diversen organischen Angst- und Spannungszeichen, wie bspw. Dauerschwankschwindel, Schweißausbrüchen, Herzklopfen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

Der unspezifische ängstliche Schwankschwindel kann tage- und wochenlang anhalten und muss von dem Innenohr bedingten Drehschwindel unterschieden werden. Beim ängstlichen Schwankschwindel können Betroffene im Gegensatz zu dem Innenohrschwindel Gegenstände im Raum fest fixieren, da es nicht zu dem ärztlicherseits nachweisbaren Augenzittern kommt. Außerdem fehlt die ausgeprägte Störung des Steh- und Gehvermögens. Festes Aufstampfen mit den Füßen kann beim ängstlichen Schwankschwindel das Vertrauen in das eigene Gleichgewicht erhöhen.

Eine weitere psychosomatische Folgeerkrankung besteht in längerdauernden depressiven Reaktionen. Diese beruhen zum einen auf der aus der Erkrankung resultierenden Ohnmacht und Hilflosigkeit, andererseits auf den damit häufig verbundenen Einschränkungen des Lebensradius (Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit, Inaktivität und sozialer Rückzug im Privatleben). Teilweise kommt es auch zu einem ausgeprägten Leiden wegen der Ohrgeräusche und der anfangs zumeist schwankenden, später zunehmenden Hörmindierungen. Die schwankenden Hörstörungen können anfangs als Hörstürze fehlgedeutet werden.

2. Diagnostik und Differentialdiagnostik:

Empfohlen werden eine gründliche Hals-Nasen-Ohrenärztliche Abklärung mit Erhebung der Spiegelbefunde, Ton- und Sprachaudiogrammen, Überprüfung des peripheren Gleichgewichtsorgans, Hirnstammaudiometrie (BERA). Im Einzelfall können weitere HNO-ärztliche Untersuchungen (Elektrocochlear- und Vestibulographie, Glycerintest nach Klockerhoff, Lasixtest), eine Bildgebung des Felsenbeins und des Gehirns sowie eine interdisziplinäre neurologische und internistische Ausschlussdiagnostik notwendig werden.

Diagnostisch abzugrenzen sind der nur maximal 30 Sekunden dauernde, durch Lagerung auf eine Seite auslösbare gutartige, sogenannte paroxysmale Lagerungsschwindel, der wochenlang anhaltende, mit Gleichgewichtsstörungen verbundene Drehschwindel nach einseitigem Labyrinthausfall oder Schwindel bei neurologischen Erkrankungen des Gehirns und der Nervenbahnen (Entzündungen, Tumore, Schlaganfälle, Schädigungen der Beinnerven). Internistische Differentialdiagnosen sind Kreislauf- und Stoffwechselveränderungen, wie Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen.