

Persönliche PDF-Datei für Schaaf H.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Kasuistik einer traumatisch
bedingten Phonophobie**

Laryngo-Rhino-Otologie

2025

10.1055/a-2699-8615

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Laryngo-Rhino-Otologie* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0935-8943



Thieme

Kasuistik einer traumatisch bedingten Phonophobie

Casuistic of traumatic phonophobia

Einleitung

Eine Phonophobie als „sonstige abnorme Hörabweichung“ (ICD H93.2) kann diagnostiziert werden, wenn Patienten auf spezielle Geräusche – weitestgehend unabhängig von deren Lautstärke – mit hohem subjektivem Leiden und Erschrecken reagieren. Anders als beim Recruitment bei Innenohrerkrankungen ist dies unabhängig von einer Höreinschränkung [1]. Anders als bei einer allgemeinen Hyperakusis mit einer Überempfindlichkeit über das gesamte Frequenzspektrum des Hörvermögens steht bei der Phonophobie die individuelle Bedeutung der akustischen Signale im Vordergrund [1]. Diese können – von außen offensichtlich – etwa für Lehrer oder Erzieherinnen Kinderstimmen sein, bei Büroangestellten kann es das Telefonklingeln oder das Rauschen des Computerlüfters sein. Eindringlich hat F. Kafka seine Phonophobie für Geräusche von bestimmten Personen in der Erzählung „Großer Lärm“ [2] beschrieben. Speziell bei der Misophonie imponiert die starke Reaktion mit Hass, Wut und Ekel gegenüber Geräuschen, die mit Essen, z. B. Kauen und Schlucken, Schlürfen, Schlucken) oder Atmen verbunden sind [3].

Schwieriger kann die Zuordnung bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sein. Diese kann sich entwickeln, nachdem eine Person einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Folge solcher Ereignisse ausgesetzt war [4]. Eine PTBS geht mit einer Dysregulation in stressverarbeitenden Hirnregionen wie der Amygdala, dem Hippocampus und dem präfrontalen Kortex einher. Ein Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet [4].

Trigger im Rahmen einer PTBS können folgende Symptome auslösen:

- Somatische Reaktionen: Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, Atemnot
- Psychische Reaktionen: Angst, Panikattacken, Wut, Dissoziation, emotionale Taubheit
- Vermeidungsverhalten: Rückzug aus Situationen mit potenziellen Triggern (z. B. Menschenansammlungen, öffentliche Verkehrsmittel)
- Hypervigilanz: Dauerhafte Übererregung und „Lauschen auf Gefahr“

Zudem berichten Betroffene häufig über eine unerklärliche Reizbarkeit, Schlafprobleme sowie Konzentrationsstörungen.

Als Trigger wird in der wissenschaftlichen Literatur zumeist über visuelle Wahrnehmungen berichtet, hier sollen in das Fachgebiet der HNO fallende akustische Trigger als mögliche Auslöser für eine, den Betroffenen meist nicht zuordnungsfähige Symptomatik, dargestellt werden.

Akustische Trigger können bei einer PTBS eine schnelle, unbewusste Stressantwort initiieren – häufig ohne bewusste Erinnerungsassoziation. Besonders Reize, die dem Ursprungsereignis ähneln, wirken dabei potenziell retraumatisierend. Die Bedeutung akustischer Trigger liegt oft in ihrer assoziativen Verknüpfung mit dem ursprünglichen Trauma. Eine Flashback-Reaktion oder eine Dissoziation auslösen können in diesem Kontext

- laute, plötzliche Geräusche (Explosionen, Türknallen),
- menschliche Stimmen (Tonlage, Akzent, Stimmlautstärke),
- bestimmte Musikstücke oder Sprachfetzen.

Kasuistik

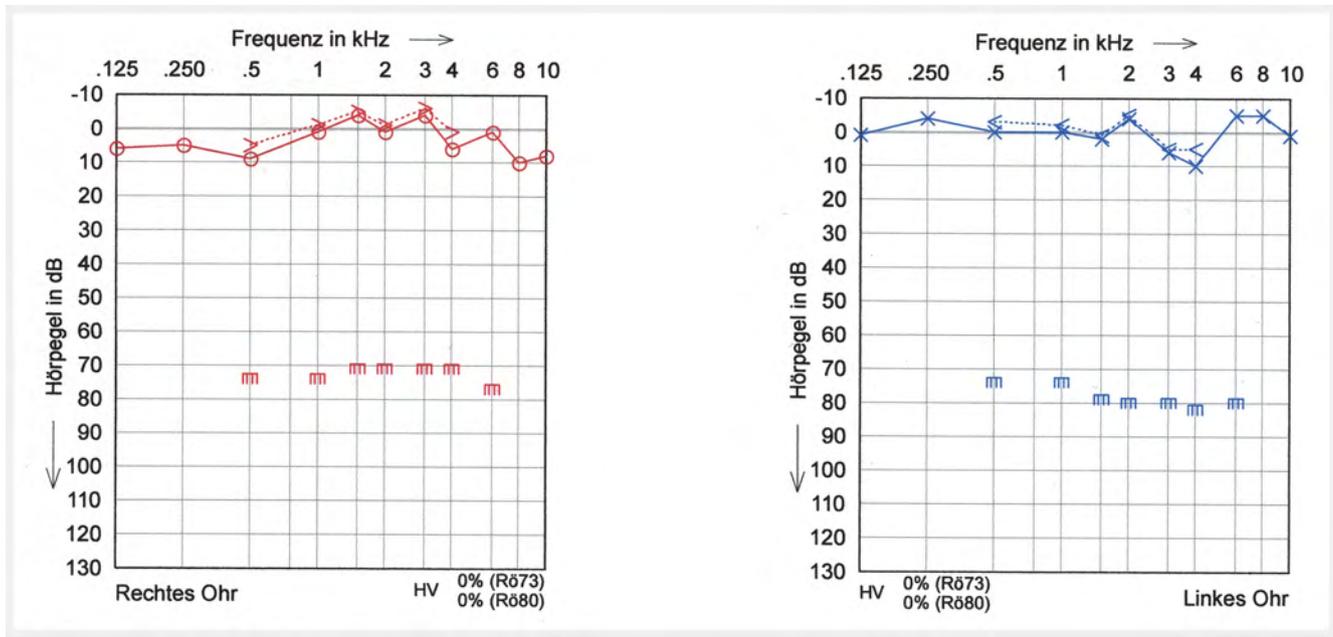
Die Patientin hatte sich in der HNO-Spezialambulanz vorgestellt wegen einer für sie nicht verständlichen Überempfindlichkeit gegen bestimmte Geräusche mit „gewaltigen Folgen“. Wenn sie im eigenen Wohnbereich die Technomusik ihres Nachbarn höre, erlebe sie aversive Reaktionen wie völliges „Gelähmt sein“ mit zwanghaftem Hinhören, ohne sich aus der Situation weggeben zu können, auch nicht auf Drängen des Lebensgefährten, der nicht

verstehe, warum sie nicht einfach aufstehe und gehe, wenn es sie so störe. Sie könne sich nur lösen mit Selbstverletzungen, wie etwa den Kopf an die Wand schlagen bis sie (fast) bewusstlos ist. Sie habe dafür keine Erklärungen und habe bisher auch noch keine von Ärzten oder Psychotherapeuten bekommen.

Der Hörbefund lag wie schon in zahlreichen Voruntersuchungen im Bereich der Normakusis (► **Abb. 1**). Retrocochleäre organische Ursachen konnten mit Hilfe einer BERA und in Kenntnis eines schon vorangegangenen MRTs ausgeschlossen werden. Über ihre „unguten“ sexuellen Erfahrungen (Vergewaltigungen) bräuchten wir nicht zu reden, schob die Patientin vorab ein, dazu habe sie schon zwei Therapien gemacht.

Dann „dennoch“ biografisch gefragt, wie sie groß geworden sei, erzählte sie, dass sie ihren Vater nicht kenne, die Mutter eher schwierig in der Beziehung sei und dass ihre Schwester schon früh sexuelle Übergriffe durch deren pädophilen Stiefvater erlebt habe. Mit 14 sei sie bei einer Disko Opfer einer Gruppenvergewaltigung geworden. Dabei könne sie sich „nur noch“ an die bedrohliche Rudelsituation davor erinnern und wie sie im Gesicht blutend hinterher ihre Mutter anrufen habe, sie abzuholen. Dies habe die Mutter auch getan, sie aber nicht etwa zu einem Arzt gebracht, sondern mit der Frage nach Hause genommen, ob sie nicht selbst schuld sei und dass sie sich nicht so anstellen solle.

Trotz aller Schwierigkeiten und dem ihr dann anhängenden Ruf, eine „Matratze für alle Jungs“ zu sein, habe sie trotzdem die Schule beenden können. Sie habe zwar nicht das gewünschte Medizinstudium anfangen können, aber in Linguistik promoviert und arbeitet für eine Firma, bei der es überwiegend um die Lieferkettentransparenz gehe. Ihr Partner, eher Nerd-mäßig verlässlich und gut (zwanghaft) strukturiert, richtig sicher fühle sie sich aber nur bei ihrem Araberpfred, das sie „natürlich nicht zum Reiten habe, sondern als Gefährten“. Gefragt, welche Musik damals bei der Disko gespielt wurde, stellte sich



► **Abb. 1** Audiogramm bei Normakusis und einer weitestgehend unauffällige Unbehaglichkeitsschwelle.

► **Tab. 1** Anhaltspunkte zur Differenzierung zwischen Phonophobie und einer traumabezogenen Reaktion.

Aspekt	Phonophobie	Traumabezogene Reaktion (akustischer Trigger bei PTBS)
Definition	Angstreaktion auf bestimmte Geräusche – unabhängig vom Hörbefund	Unwillkürliche emotionale oder körperliche Reaktion auf Geräusche, die mit Trauma assoziiert sind
Typische Geräusche	Alltagstöne mit negativer Bewertung (z. B. Kinderschrei, Klingel, Lüftergeräusch)	Geräusche, die mit dem Trauma verbunden sind (z. B. Musik, Stimmen, Türknallen)
Konditionierung	Häufig durch wiederholte Belastung, beruflichen Stress oder subjektive Überforderung	Oft durch ein einzelnes traumatisches Erlebnis oder eine Serie von Traumatisierungen
Kognitives Erleben	Betroffene wissen meist, dass die Angst „übertrieben“ ist	Häufig keine bewusste Verknüpfung – Reaktion erscheint „irrational“ oder unerklärlich
Physiologische Reaktion	Schreckreaktion, Unruhe, Vermeidung, evtl. vegetative Symptome	Dissoziation, Flashbacks, Erstarrung, Selbstverletzung, Überwältigung
Psychodynamik	Vermeidung unangenehmer Geräusche oder Situationen	Wiederinszenierung eines nicht verarbeiteten Affekts; Abwehr von überwältigender Emotion
Therapieansatz	Psychoedukation, Verhaltenstherapie, ggf. Habituation	Traumatherapie, Exposition in sicherem Rahmen, Verarbeitung des ursprünglichen Traumas

heraus, dass diese ähnlich sei wie die ihres Nachbarn.

Diagnostik

Unter Wertung der neurootologischen Befunde und der Anamnese bot sich als HNO-Diagnose und als Erklärung für die Symptomatik die Phonophobie an. Für eine traumabezogene Reaktion sprachen (► **Tab. 1**)

- die Geräusche, die mit dem Trauma verbunden sind, in diesem Fall die Musik und Stimmen,
- die unwillkürliche emotionale oder körperliche Reaktion auf Geräusche, die mit dem Trauma assoziiert sind,
- die fehlende bewusste Verknüpfung zum Trauma, sodass ihre Reaktionen als „irrational“ oder unerklärlich erschienen.

So war der Patientin nicht bewusst, in welchem Zusammenhang die Trigger zu verstehen sind – trotz der vorangegangenen Psychotherapien – und es war ihr auch willentlich nicht möglich, mit der Situation anders umzugehen. Stattdessen hatte sie das Gefühl, mit ihr und ihrem Gehör müsse etwas nicht in Ordnung sein.

Therapie

Allgemein ist die Grundlage der HNO-ärztlichen Therapie eine Aufklärung über Ursachen und Zusammenhänge der Geräuschüberempfindlichkeit. Diese sollte entängstigen, ein ungünstiges Schonungs- bzw. Vermeidungsverhalten ansprechen und stattdessen Ansätze für die Bewältigung an die Hand geben. In Form eines Selbstbehandlungsprogramms und/oder in einer angeleiteten „Hörtherapie“ [5, 6] können die Betroffenen in einfacheren Konstellationen zunehmend an Geräuschquellen herangeführt werden. Dies entspricht einer gestuften Reizkonfrontation bzw. graduierten Desensibilisierung in vivo. Hilfreich ist dabei das Erlernen eines Entspannungsverfahrens (z. B. Progressive Muskelentspannung nach Jacobson).

Vorgehen in dem konkreten Fall

Bei dieser Patientin konnte über das Verstehen des Trauma-Einflusses an der Auflösung des bisher unverstandenen Gesamtgeschehens gearbeitet werden. Dies war aus HNO-Perspektive diagnostisch nicht unmittelbar erkennbar, was zu den frustrierenden Abklärungen und nicht zielführenden Interventionen führte. Hilfreich wurde die Unterstützung mit Sertralin, einem Selbsthilfebuch [7] und der Ermöglichung einer professionellen Traumatherapie, wobei es für den psychotherapeutischen Kollegen brückenbauend war, dass die Organik auch für ihn stimmig abgeklärt war. Im weiteren Verlauf berichtete die Patientin, dass es ihr zunehmend möglich wurde, mit der initial beschriebenen akustisch ausgelösten Problematik (Technomusik ihres Nachbarn) verständiger, nicht mehr selbstverletzend und vor allem aktiver umzugehen. Es begann damit, dass sie sich traute, von sich aus zu den Nachbarn zu gehen und um Absprache und Rücksicht zu bitten. Zudem kam sie immer besser in die Lage, Zustände von Hyperarousal zu regulieren und ihre Resilienz auch durch gezielte Selbstfürsorge zu steigern.

Fazit

Das Wiedererleben einer traumatischen Belastung kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen, in diesem Fall durch akustische Stimuli im Sinne einer Phonophobie. Ihre Identifikation und der sensible Umgang damit können entscheidend sein für die Stabilisierung und die kausale Trauma-Bearbeitung.

Danksagung

Mein Dank für die fachliche Unterstützung bei der Gegenüberstellung gilt Dr. Frank Wagner, Chefredakteur der Fachzeitschrift „Trauma und Gewalt“, München.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Helmut Schaaf

Hör- und Gleichgewichtsambulanz, Tinnitus-Klinik
Dr. Hesse, Bad Arolsen, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Helmut Schaaf
Hör- und Gleichgewichtsambulanz
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
Bad Arolsen
Germany
hschaaf@tinnitus-klinik.net

Literatur

- [1] Schaaf H, Klofat B, Hesse G. Hyperakusis, Phonophobie und Recruitment. Mit Geräuschempfindlichkeit assoziierte Hörabweichungen. HNO 2003; 51 (12): 1005–1011. doi:10.1007/s00106-003-0967-y
- [2] Kafka F. Großer Lärm. Prag: „Herder-Blätter“; 1912
- [3] Edelstein M, Brang D, Rouw R et al. Misophonia: Physiological investigations and case descriptions. Frontiers in Human Neuroscience 2013; 7: 296
- [4] ICD-10-GM-2025: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung – icd-code.de. letzter Aufruf 27.8.2025
- [5] Hesse G, Schaaf H. (2012) Manual der Hörtherapie. Thieme. S. 114 und eine CD
- [6] Schaaf, Hesse (2018) Hyperakusis. Hyperakusis – Wenn alles zu laut ist. DTL-Patientenbrochure
- [7] Reddemann L, Dehner-Rau F. Trauma heilen. Stuttgart: Trias; 2013: 152

Bibliografie

Laryngo-Rhino-Otol
Artikel online veröffentlicht 19.9.2025
DOI 10.1055/a-2699-8615
ISSN 0935-8943
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany