

3/2026 Juni

C 51932

# **forum**

**Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**



**omnimed**  
[www.omnimedonline.de](http://www.omnimedonline.de)

# Tinnitus und das Leiden am Tinnitus. Eine integrierte Darstellung HNO-ärztlicher, psychodynamischer und kognitiv verhaltenstherapeutischer Ansätze

Helmut Schaaf

## Zusammenfassung

Ein Tinnitus tritt meist nicht als isoliertes Symptom auf, sondern ist eingebettet in ein komplexes Geschehen mit auditorischen Defiziten, Überlastungssituationen, psychologischen Herausforderungen sowie einem Einfluss der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung des Ohrgeräuschs. Dieser Artikel beleuchtet die Therapie des Tinnitus integrativ aus Sicht der HNO-Heilkunde, die die Basis der Therapie legt, erweitert um psychologisch-psychosomatischen Therapieansätze, die über die rein organische Komponente hinausgehen. Dabei spielt die kognitive Verhaltenstherapie eine wesentliche Rolle, aber auch die Psychodynamik. Das komplexe Geschehen des Leidens am Tinnitus muss vom Therapeuten, aber auch vom Patienten verstanden werden, um eine therapeutische Verbesserung erreichen zu können.

## Schlüsselwörter

Tinnitus, Verhaltenstherapie, Psychodynamik, HNO-ärztliche Versorgung.

## Summary

Tinnitus does not usually occur as an isolated symptom, but is embedded in a complex process involving auditory deficits, situations of overload, psychological challenges and the influence of subjective perception and processing of the noise in the ear. This article takes an integrative look at the treatment of tinnitus from the perspective of ENT medicine, which forms the basis of the therapy, expanded to include psychological and psychosomatic therapeutic approaches that go beyond the purely organic component.

Cognitive behavioural therapy plays an essential role here, but so do psychodynamics. The complex nature of tinnitus must be understood by both the therapist and the patient in order to achieve therapeutic improvement.

## Keywords

Tinnitus, behavioural therapy, psychodynamics, ENT medical care.

## Einleitung

Das Erkrankungsbild »Tinnitus« erzeugt oft, nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei den Behandelnden Unsicherheit. Besonders die Schnittstelle zwischen ärztlichem und psychologischem Behandler ist davon betroffen:

Während bei den Psychotherapeuten die Befürchtung entstehen kann, dem somatischen Anteil des Tinnitus-Geschehens nicht gerecht werden zu können, bleibt den behandelnden Ärzten oft die psychische Dimension der Tinnitus-Ursache schwer zugänglich. Aus der Erfahrung der letzten 30 Jahre mit ambulanten und stationären Tinnitus-Patienten soll für eine störungsspezifische Betrachtungsweise geworben werden, die auf audiologischer Grundlage sowohl mögliche Ursachen im Sinne der Psychodynamik berücksichtigt als auch aufrechterhaltende Faktoren entlang der kognitiven Verhaltenstherapie und die Chancen, aber auch die Nachteile von »Tinnitus Apps« anspricht.

## Wer kann was beim Leiden am Tinnitus

Das Leiden am Tinnitus geht per se über eine Wahrnehmung des Ohrgeräuschs hinaus und hat immer eine psychische Komponente (sonst wäre es kein Leiden). Diese kann sich stark auswirken, auch wenn sich die subjektive Tinnitus-Lautheit in aller Regel zwischen 1 und 15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen lässt (15).

15 dB sind an sich nicht viel. Schon Blätterrauschen verursacht ein Geräusch von 20 dB. Aber auch 15 dB können zu 100 % der Hörwahrnehmung werden,

– wenn diese durch keine Außengeräusche verdeckt oder anteilmäßig gemindert werden – etwa bei absoluter Taub-

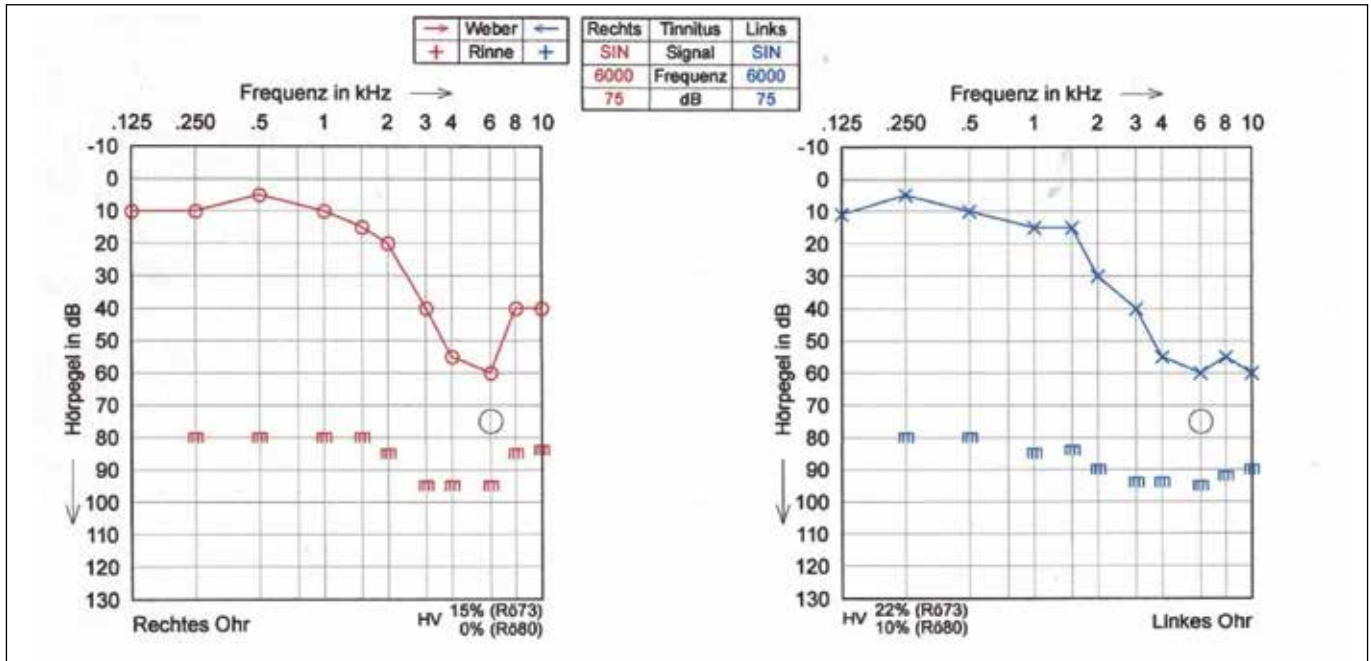


Abb.: 1 Berechnung der Tinnitus-Lautheit. Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit

heit oder in einem schalldichten Raum, der auch noch die Körpereigengeräusche schluckt, – oder bei absoluter Fixierung auf das Geräusch, was normalerweise nur »unbewusst« etwa bei Angst- und Depressionserkrankungen eintreten kann.

Nach einer Studie der deutschen Tinnitus-Liga kommt es jährlich bei circa 10 Millionen Deutschen zur Tinnitus-Neuerkrankung, die bei etwa 340.000 Betroffenen chronifiziert.

Etwa 3 Millionen Erwachsene in Deutschland, also circa 4 % der Bevölkerung, sind vom chronischen Tinnitus betroffen (Punktprävalenz), 10–20 % davon leiden erheblich darunter (chronisch komplexes Tinnitus-Leiden) (23).

Wenn die Betroffenen wesentlich in ihrer Lebens- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt sind, spricht man vom dekompensierten komplexen Tinnitus-Leiden (11, 14).

### Die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

HNO-ärztlich ist handlungsrelevant, dass eine Höreinschränkung in aller Regel den organischen Anteil der Tinnitus-Wahrnehmung darstellt. Deswegen sind eine audiologische Abklärung und eine frühzeitige Versorgung mit Hörgeräten oft hilfreich.

Subjektiv kann der Tinnitus in der Wahrnehmung des Betroffenen einen großen Raum einnehmen. Sachgerecht wird die Tinnitus-Lautheit bestimmt durch die Differenz zwischen

Verdeckbarkeit und vorab ermittelter Schwerhörigkeit in der Tinnitus-Frequenz.

*Beispiel:* Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit (Abb. 1). Deswegen kann bei Tinnitus-Patienten mit einer Höreinschränkung ein Hörgerät oft Wunder bewirken (Abb. 2). Der Grund liegt in der Verbesserung und damit Erweiterung der akustischen Wahrnehmung. Da der Tinnitus nicht über 15 dB hinauskommt, verringert sich sein Anteil in der Hörwahrnehmung etwa auf 10 % – oder weniger.

Es spricht also alles dafür, bei Schwerhörigen, auch wenn sie primär wegen ihres wahrgenommenen Symptoms, dem Tinnitus, vorstellig werden, eine Hörgerätversorgung zu besprechen und – wenn möglich – durchzuführen.

Zudem entlastet ein Hörgerät die Höranstrengung, führt zu einem besseren Verständnis und ermöglicht ein besseres Miteinander in Gesellschaft.

Eine Hörgeräte-Verordnung kann – auch bei einseitiger Schwerhörigkeit – erfolgen, wenn ein störender Tinnitus hinzukommt, auch wenn die noch gültigen Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hinsichtlich des Hörverlusts alleine nicht ausreichen (29).

Ausführliches zum Thema Hörgeräte und den möglichen Hindernissen auf dem Weg zu einer gelingenden Versorgung finden Sie hier:



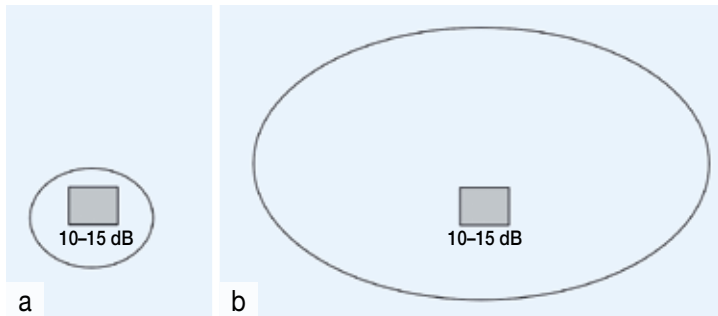


Abb. 2a und b: a) Der Tinnitus, der auch bei Schwerhörigen in der Regel 10–15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, macht bei Schwerhörigkeit bis zu 90 % der Hörwirklichkeit auf dem betroffenen Ohr aus. b) Schon ein einfaches Hörgerät kann durch die Erweiterung der akustischen Wahrnehmung dazu beitragen, den unverändert laut bestimmbaren Tinnitus in der Wahrnehmung zu reduzieren

*Dran denken – erklären – verordnen*

Die HNO-ärztliche Aufgaben bestehen unter anderem in (29):

- Der Hörgeräte-Empfehlung,
- der Erklärung des Nutzens sowohl hinsichtlich der Hörverbesserung als auch der Reduktion der Tinnitus-Wahrnehmung,
- der Ausstellung einer (kassenarztcompatiblen) Hörgeräteverordnung,
- der Überwachung des Erfolgs.

»Counselling«

Leitliniengerecht sollte auch ein »Counselling« die Grundlage der Tinnitus-Therapie (3) sein. Dazu gehören:

- Die Beratung über Möglichkeiten der Habituation der Ohrgeräusche,
- das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, meist der Progressiven Muskelrelaxation,
- eine – meist kognitiv ausgerichtete – Psychoedukation.

Dabei sollte erklärt werden,

- wie es zu Tinnitus-Wahrnehmung kommen kann (Schnecke als schallaufnehmendes Organ, zentrale Verarbeitung, »Hörfilterfunktionen«),
- wie – scheinbar paradox – die Gesetze der Wahrnehmung auch für die Tinnitus-Bewältigung entscheidend sind (zum Beispiel: Man kann nicht nicht wahrnehmen),
- was zur Habituation hilfreich ist und was sie behindert.

Verknüpft werden sollte dies mit der Vermittlung von positiven Perspektiven:

1. Das Ohrgeräusch ist immer ein Symptom, meist einer Veränderung im Hörvermögen, weswegen eine Hörverbesserung oft schon allein hilfreich sein kann.

2. Der Tinnitus kann von außen nie lauter als 10–15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle gemessen werden.
3. Der Tinnitus kann nie von allein oder mit der Zeit lauter werden. Der Tinnitus wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!
4. Der Tinnitus kann nie der Grund für eine (gegebenenfalls weitere) Hörverschlechterung sein.
5. Der Tinnitus allein kann nicht »verrückt« machen.

Realistisch muss allerdings konstatiert werden, dass dieses »Counselling« Zeit und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist – in der Regel – bei den Kapazitäten der normalen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Sprechstunde kaum möglich. So existiert die darauf aufbauende Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT), bis auf wenige Ausnahmen mit den dazu nötigen speziellen Konstruktionen, in der Kassenmedizin de facto nicht.

**Verappt: Der Verweis auf Tinnitus-Apps**

Dann scheint der Verweis auf eine leicht gemachte Verschreibungsmöglichkeit von Tinnitus-Apps naheliegend. Tatsächlich leisten die gängigen Apps mit Tinnitus-Bezug oft mehr an Aufklärungsarbeit, als dies in der HNO-Praxis auch nur ansatzweise möglich ist. Voraussetzung ist, dass diese auch so genutzt werden, wie es notwendig ist. Tatsächlich werden sie zwar verschrieben – und von der Kasse bezahlt – aber eben zu oft nicht genutzt, ein für die Versicherungsgemeinschaft teures Unterfangen.

Apps können den persönlichen Kontakt nicht ersetzen, der bei einem Leiden in aller Regel der Wirkfaktor für Veränderungen ist. Man könnte schon sagen: Sie machen einsam. Auch das beste Internetprogramm und eine gute Künstliche Intelligenz (KI) kann nicht mitfühlen, die Botschaft zwischen den Zeilen wahrnehmen und sprachlose Momente erspüren. Damit kann die KI auch nicht zurückspüren lassen, auch wenn die Menschen zunehmend dahingehend dressiert werden, den Bedürfnissen der KI gerecht zu werden.

Deswegen können Apps auch keine »Psychotherapie« sein (»digitale kognitive Verhaltenstherapie«, s. Kasten), auch keine kognitive, selbst wenn dies plakativ suggeriert wird. Dennoch entlasten sie den Praxisalltag und auch kognitiv arbeitende Psychotherapeuten nutzen das »Counseling«-Element.

**Psychotherapie kann definiert werden (mod. nach [30])**

- als ein bewusster und geplanter »interaktioneller« Prozess,
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (Patient und Therapeuten) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln,
- mit einem definierbaren Ziel (z.B. Symptomminderung),
- mittels lehrbarer Techniken.

## Psychotherapeutische Unterstützung

Finden sich beim Leiden am Tinnitus für den Patienten bewusst und aus eigener Kraft nicht veränderbare dysfunktionale Verarbeitungsmodi, Anpassungsstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen oder Somatisierungsstörungen, kann eine kassenärztlich anerkannte Psychotherapie indiziert sein (26). Dabei kann man auch ohne starre Reihenfolge auf den Ebenen:

- des Verstehens und vielleicht sogar der Akzeptanz und Sinnfindung,
- der Bewertung,
- des »Stressempfindens« (verstanden als [Miss-] Verhältnis der Anforderung an den Tinnitus-Patienten in Relation zu seinen objektiven, aber vor allem subjektiven Möglichkeiten)
- und der Beziehungsgestaltung ansetzen (26).

## Die kognitive Verhaltenstherapie

Kognitive Modelle können die subjektive Tinnitus-Belastung erklären durch:

- eine mangelnde Habituation (12, 16),
- dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen (4, 6, 10, 18, 33),
- eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen (13, 33).

Dabei können verschiedene Bedingungen eine Habituation verhindern wie:

- eine Minderung der Hörwahrnehmung (Schwerhörigkeit), wodurch das innere Geräusch weniger durch Außengeräusche überdeckt wird (15),
- ein wechselndes Auftreten oder Schwankungen des Tinnitus wie bei den Endolymphschwankungen mit oder ohne Morbus (M.) Menière bezüglich Lautstärke und Frequenz,
- andauernde emotionale Prozesse, die das wahrgenommene Geräusch als bedrohlich, gefährlich oder störend werten.

Wichtige Faktoren auf dem Niveau der kognitiv-emotionalen Verarbeitung (18, 33) sind:

- die schwer aufzulösende negative Bewertung des Tinnitus, auch wenn er noch so leise bestimmbar ist,
- das Beharren darauf, dass das Ohrgeräusch auslöschar sein müsse,
- die (meist aus Angst gespeiste) Schwierigkeit, neue und korrigierende Lernerfahrungen zu wagen,
- katastrophisierende Bewertungen,
- Bewertung des Tinnitus als Zeichen einer Krankheit (26).

So wird der Tinnitus – bis zu einer Ab- und Aufklärung – als unbekannter, bedrohlicher, gefährlicher oder störender Höreindruck gewertet, der mit »angstbesetzten Reaktionen« verbunden ist. Nach unserer Erfahrung ist das Beharren darauf, dass der Tinnitus extingierbar sein müsse, der stärkste Faktor für die Penetranz des Leidens, der mögliche Lösungswege verbaut. Er ist verbunden mit hohem erfolglosem Aufwand, das Unmögliche (die Extinktion) anzustreben.

*»Die Hirnzentren und Funktionen, die zuerst entstehen und den stärksten Einfluss auf das Verhalten ausüben, haben das geringste Veränderungspotential. Umgekehrt sind diejenigen Hirnzentren und Funktionen, die spät entstehen und ein geringen oder gar keinen Einfluss auf unser Verhalten haben, leichter oder sehr leicht zu verändern, aber eben mit geringen Folgen.«*

Gerhard Roth (24)

## Psychodynamische Ansätze

Nach tiefenpsychologischem Verständnis kann ein Symptom mit Krankheitswert, wie das Leiden am Tinnitus, entstehen, wenn (Schaaf in [5]):

- sich die Abwehrmechanismen erschöpfen und die Betroffenen den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können,
- ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist,
- traumatische Erfahrungen gemacht wurden.

## Das Leiden am Tinnitus im Rahmen einer Resomatisierung

Mitscherlich (22) beschreibt eine »zweiphasige Verdrängung« bei Menschen, die über lange Zeit einem unausweichlichen Konflikt ausgesetzt waren und dabei zunächst psychische Symptome wie Niedergeschlagenheit, Depressionen oder Ängste entwickelten. In einer weiteren Stufe würden körperliche Beschwerden auftreten, wobei gleichzeitig die psychischen Symptome – in der Wahrnehmung – zurückgingen (Schaaf in [5]).

Nach Ermann (8) werden in einem komplexen Ablauf einer »Resomatisierung« im Sinne Schurs körperlich-funktionelle und kognitive Vorgänge betroffen. Dadurch entstehen vegetative Störungen und Organfunktionsstörungen als körperliche Korrelate von Affekten. Dabei werde die Selbstwahrnehmung auf diese Affektkorrelate fokussiert und von der psychisch konflikthaften Dimension des Erlebens abgelenkt, was als Körperorientierung der Wahrnehmung beschrieben werden kann. Die Fokussierung auf den Tinnitus dient dann zur Abwehr eines quälenden Affekts, der etwa starke Angst, Wut, Scham oder Schuldgefühle ausdrückt.

## Der Tinnitus als Korrelat der Signalangst

Hören hat sich evolutionär für die Früherkennung drohender Gefahren entwickelt. Wenn psychogene Prozesse nur somatisierend wahrgenommen werden können, macht es auch psychodynamisch Sinn, dieses Frühwarnsystem zu nutzen. Positiv gesehen kann so die Wahrnehmung des Tinnitus ein (1) – nach Auflösung verlangendes – Zeichen einer drohenden Gefahr für das seelische Gleichgewicht sein. Im analytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der »Signalangst« dar. Der Tinnitus wird zum somatischen Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses (Schaaf in [5]).

Der Vorteil dieser – auf unbewusster Ebene bestmöglichen – Konfliktlösung ist, dass damit die Angst und der dahinterstehende Konflikt eine Adresse bekommt und nach Außen getragen werden kann. Es handelt sich hier allerdings – wie bei Neurosen generell – um einen »suboptimalen« Stabilisationsversuch, weil die gewonnene »Entlastung« mit teilweise doch erheblichen Einschränkungen einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert es realistischere Lösungsansätze. Dies kann sich ungünstig verfestigen, wenn sich der Patient »legitimiert« durch die »organische« Erkrankung regressiven Bedürfnissen und Versorgungswünschen (Rentenbegehren, Minderung der Erwerbsfähigkeit [MDE]-Steigerung) hingeben kann (sekundärer Krankheitsgewinn).

## Elemente einer störungsorientierten Psychotherapie

Kaum ein Therapeut wird beim Leiden am Tinnitus hilfreich sein können,

- wenn der Patient nicht zuhören kann – etwa aufgrund seiner Höreinschränkung,
- der Therapeut nicht die dabei relevanten (neurootologischen) kognitiven Prozesse berücksichtigt.

Dabei können die Manuale von Delb et al. (6), Kröner-Herwig et al. (18) und Weise et al. (34) oder schulenübergreifend von D'Amelio, Schaaf und Kranz (5) sowie Patientenorientierte Erklärungen wie von Schaaf (28) unterstützend sein. Aber auch hier: *Nicht die Manuale wirken – und auch nicht das Durcharbeiten der Manuale alleine, sondern die psychotherapeutische Begleitung.*

Auch wenn es immer wiederholt wird, ist die kognitive Verhaltenstherapie nicht die einzig erfolgreiche Therapie bei Tinnitus-Patienten. Es gilt als gesichert, dass der Erfolg einer Psychotherapie:

- in erster Linie (wie bei organischen Erkrankungen) von der Schwere der psychischen Beeinträchtigung und der Struktur des Patienten,

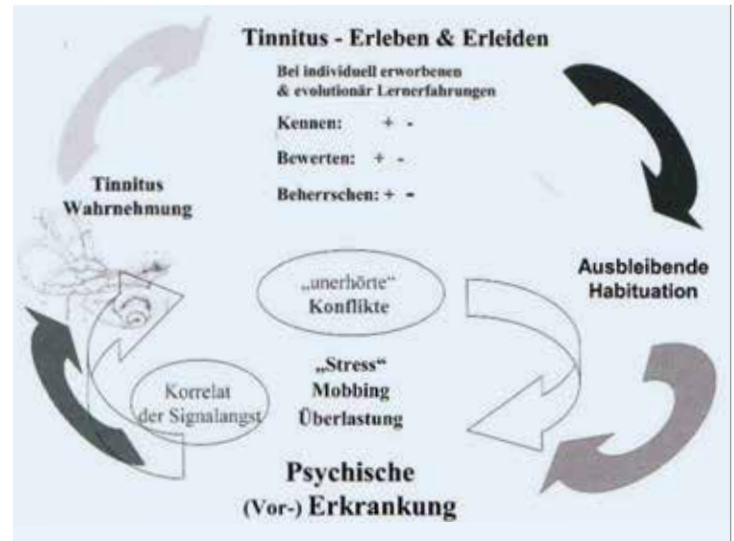


Abb. 3: Der Tinnitus-Teufelskreislauf wird gespeist von der Tinnitus-Wahrnehmung, das Erleben des Tinnitus wird modifiziert durch kognitive Faktoren (Kennen, Bewerten, Beherrschen) und durch psychische Vorerkrankungen oder unerhörte (ungelöste) Konflikte oder Stress-Erleben, wobei die Tinnitus-Wahrnehmung zum Korrelat der Signalangst werden kann. Umgekehrt können unerhörte (ungelöste) Konflikte oder Stress-Erleben die Tinnitus-Wahrnehmung zum Korrelat der Signalangst werden lassen, die durch kognitive Prozesse in der Wahrnehmung verstärkt werden kann

- in zweiter Linie von der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten,
- und erst in dritter Linie von der angewandten Therapiemethode abhängt (19).

Drei Dinge sind wirklich wichtig:

- Die Patienten müssen sich vom Therapeuten verstanden wissen und der Therapeut muss sie verstehen – was meist über das Verständnis der Lebensgeschichte gelingt.
- Die Patienten müssen die Zuversicht gewinnen, dass der Therapeut ein kompetenter Partner für die Lösung ihres Problems sein kann, und der Therapeut muss kompetent sein.
- Die Patienten müssen die Motivation und den Willen haben gesund zu werden und der Therapeut muss Interesse an ihrem Fortschritt haben.

Dabei müssen meist Besonderheiten gegenüber der Psychotherapiedefinition von Strotzka (32) beachtet werden (s. Kasten). So muss oft erst eine Arbeitsgrundlage für die Psychotherapie und ein Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Therapeuten geschaffen werden. Das stellt im ambulanten Bereich oft eine der vielen Hürden für die Annahme von Tinnitus-Patienten da. Zudem muss mit dem Patienten Klarheit darüber bestehen, dass die psychotherapeutische Arbeit keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung haben kann.

In der Kommunikation kann dabei »Der Tinnitus« lange zwischen dem Therapeuten und dem Patienten stehen (Abb. 4)

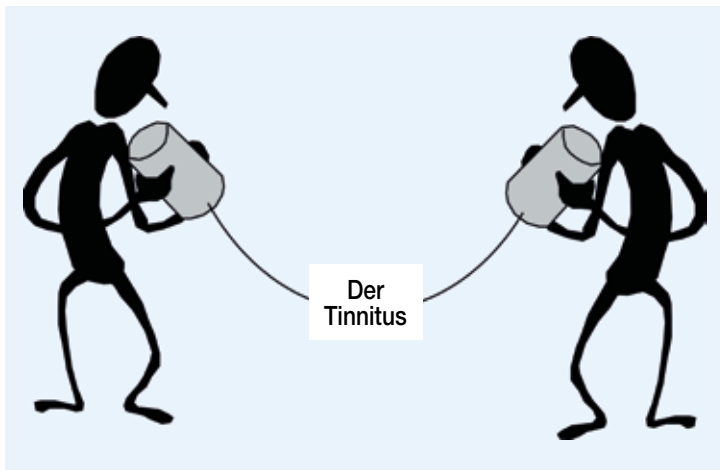


Abb. 4: Steht zwischen der direkten Kommunikation – der Tinnitus

(Schaaf in [5]). So spricht der Patient von seinem Tinnitus-Empfinden zum Therapeuten und der Therapeut muss dem Patienten über den Tinnitus antworten. Versteht man aber die körperlichen Signale im biografischen Erlebniskontext als Sprachersatz, aber »dröhnenden« Ausdruck der erlebten Not, kann man – auch damit – in Beziehung treten. Vor allem in der initialen Phase der Therapie kommt dabei der Strukturierung der Begegnungssituation und der Angstminderung eine große Bedeutung zu. Dazu gehören:

- die Annahme der Helferwartung und das Auffangen des damit verbundenen Erwartungsdrucks,
- die Vermeidung konfrontativer Deutungen, stattdessen sympathisches Verstehen und Tragen,
- Vorsicht beim Ansprechen affektiver Spannung in der Beziehung, falls sinnvoll oder erforderlich, möglichst mit der Verknüpfung einer entängstigenden und damit entlastenden kognitiven Zuordnung.

Im Rahmen einer Verhaltens- und Problemanalyse ist hilfreich, eher »indirekt« mit dem Patienten Verhaltensalternativen zu besprechen und zum Beispiel soziale Kompetenzen aufzubauen (33). Damit soll eine Konfrontation umgangen werden in der Vorstellung, so die Funktionalität des Tinnitus zu schwächen oder gar überflüssig zu machen.

Zu beiden Ansätzen können Elemente aus der modernen Hypnose im Sinne Milton H. Ericksons eingebaut werden (17). Mit dem speziellen Zugang über eine Trance können durch das Medium Sprache (und Suggestion) Findungs- und Neuordnungsprozesse angeregt werden, die zur Lösung der Problematik beitragen können. Damit werden vor allen Dingen die Selbstregulierungskräfte des Patienten angesprochen.

Der psychodynamisch arbeitende Therapeut kann in Erscheinung treten als der möglichst konstante und professionelle Begleiter bei einer schwierigen und schmerzhaften Selbsterforschung sowie als der Mitwisser und Chronist von

vielfältigen Lebensschwierigkeiten und von meist verbesserbaren Lösungsfantasien (Schaaf in [5], 15, 30).

Der Verhaltenstherapeut wird auf der Basis einer stabilen Beziehung weiter Hinweise für Verhaltensverstärker, Verhaltensänderungen und Einstellungsänderungen mit dem Patienten erarbeiten. Svitak, Rief und Goebel (33) haben dafür 2001 die Grundzüge einer kognitiven Therapie unter Verwendung der »Rational-emotiven Therapie« nach Ellis (7), der »kognitiven Therapie« nach Beck (2) sowie von Elementen aus dem »Stress-Impfungstraining« von Meichenbaum (21) systematisch und ausführlich dargestellt. Ein wesentliches Ziel ist darin die Vermittlung von spezifischen Coping-Strategien. Dazu zählen unter anderem Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung und zur Tinnitusumdeutung sowie zur Verbesserung der Entspannungs- und Konzentrationsfähigkeit.

Wichtig ist dann, das meist mit Verhaltensdefiziten einhergehende Vermeidungsverhalten anzugehen. Unabhängig vom Verfahren müssen irrationale Bewertungen (z.B. absolute Forderungen), »Glaubenssätze« und »systematische Denkfehler« identifiziert und bearbeitet werden, zumindest soweit, wie das für eine nachhaltige Habituation und Bewältigung notwendig ist.

Im günstigsten Fall kann es zu einer Umbewertung des Tinnitus (»Reframing«) kommen. Dann kann es sinnvoll sein, den Tinnitus »positiv/hilfreich« in das Wahrnehmungs- und Handlungsrepertoire einzubauen, zum Beispiel wie folgt: »Wenn ich meinen Tinnitus verstärkt wahrnehme, sollte ich ... zum Beispiel mehr auf meine Ressourcen, meine Beziehungsangebote ... achten«.

Die seit 2005 wiederholt publizierte Cochrane-Metaanalyse von Martinez-Devesa et al. (20) beschreibt die Wirksamkeit für die Kognitive Verhaltenstherapie bei der Verbesserung der Lebensqualität der untersuchten Tinnitus-Betroffenen hinsichtlich der erfassten Tinnitus-Symptomatik.

Oft darf oder muss sich auch etwas an der Beziehungsgestaltung ändern, sei es im partnerschaftlichen oder beruflichen Umfeld bei sich in der Regel stetig wandelnden Herausforderungen. Dabei sollte dann die Höreinschränkung ausgeglichen sein und es sollte nicht mehr nötig sein, im Miteinander über den Tinnitus kommunizieren zu müssen.

Konkret kann das auch bedeuten:

1. Klärung der verursachenden Konflikte und mangelnden Ausdrucksmöglichkeiten (Defizite), meistens in einer Reihe von Interventionen.
2. Bearbeitung der möglichen unbewussten Funktion des Symptoms – etwa als Rückzugsmöglichkeit oder Aufmerksamkeitsfokus.
3. Förderung der Verinnerlichung der in der Therapie erlebten interaktionellen Möglichkeiten, das heißt der Art und

Weise der Problembehandlung und Lösung mit dem Therapeuten (»Kompassfunktion«).

Dies umfassend und aufeinander abgestimmt anbieten zu können ist sicher im stationären Rahmen einfacher, dann auch meist nachhaltig wirksam (26, 29).

## Fazit

Beim Leiden am Tinnitus ist die HNO-Abklärung unerlässlich und oft können schon Hörverbesserungen hilfreich sein. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle sind gut geeignet, die subjektive Tinnitus-Belastung durch eine mangelnde Habituation, dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen zu erklären. Ebenso sinnvoll ist ein psychodynamisches Verständnis, das ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus entstehen kann, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen, ein Konflikt auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten. Dies hilft insbesondere im Verständnis der Beziehungsgestaltung zu Patienten mit einem Leiden am Tinnitus und dem Umgang in teilweise sprachlosen Phasen.

## Literatur

1. AMWF online (2021): S3-Leitlinie Tinnitus der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (AWMF 17/064). [https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-064L\\_S3\\_Chronischer\\_Tinnitus\\_2021-09\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-064L_S3_Chronischer_Tinnitus_2021-09_1.pdf)
2. Beck JS (1997): Praxis der kognitiven Therapie. Beltz, PVU, Weinheim, 370
3. Beyrau D, Schaaf H, Hesse G (2018): Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus, LRO, 702–710
4. D'Amelio R, Archonti C, Scholz S (2004): Psychological distress associated with acute tinnitus. HNO 2004 52 (7), 599–603
5. D'Amelio R, Schaaf H, Kranz D (2022): Module für die Tinnitus-Behandlung. Hogrefe, Göttingen, plus Online-Materialien
6. Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke (2002): Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Hogrefe, Göttingen
7. Ellis A (1997): Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie. Pfeifer, München, 374
8. Ermann M (2004): Somatisierung. In: Ermann M (Hrsg): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 4. Auflage. Kohlhammer, München, 233–235
9. Goebel G, Hiller W (1998): Tinnitus-Fragebogen (TF). Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
10. Goebel G (Hrsg) (2001): Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Auflage. Quintessenz, München, 384
11. Goebel G, Büttner U (2004): Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. Psychoneuro 30 (6), 322–329
12. Hallam RS, Rachman S, Hinchcliffe R (1984): Psychological aspects of tinnitus. In: Rachman S. (ed) Contributions to medical psychology. Oxford: Pergamon Press, 31–54
13. Hallam RS, McKenna L, Shurlock L (2004): Tinnitus impairs cognitive efficiency. Int J Audiol 43 (4), 218–226
14. Hesse G (2008): Die Neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie. HNO 56 (7), 686–693
15. Hesse G (2015): Tinnitus. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, 240
16. Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993): A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. Br J Audiol 27 (1), 7–17
17. Kranz D (2017): Hypnotherapie bei Tinnitus. Ein Manual. Hogrefe, Göttingen
18. Kröner-Herwig B, Jäger B, Goebel G (2010): Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz, Weinheim
19. Luborsky L (1995): Einführung in die analytische Psychotherapie. Vandenhoeck, Göttingen
20. Martinez Devesa P, Wadell A, Perera R, Theodoulou M (2007): Cognitive behavioural therapy for tinnitus. Cochrane Database Syst Rev 24 (1), CD005233
21. Meichenbaum D (1991): Interventionen bei Stress – Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Huber, Bern, 150
22. Mitscherlich A (1966): Krankheit als Konflikt. Studien zur Psychosomatischen Medizin, Bd. I, Edition Suhrkamp, Frankfurt/M., 42–55, 94–125
23. Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H, Siedentop H, Goebel G, Kirchoff D (1999): Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 7, 261–265
24. Roth G (2023): Die Hirnblockade. Wirtschaftspsychologie aktuell 2, 14
25. Schaaf H, Eichenberg Ch, Hesse G (2010): Tinnitus und das Leiden am Tinnitus. Ein Plädoyer für eine störungsspezifische Betrachtungsweise und ein differenziertes Vorgehen anhand 287 ambulanter und 128 stationär behandelte Tinnitus Patienten. Der Psychotherapeut 55 (3), 225–232
26. Schaaf H (2015): Psychosomatik (des Leidens am Tinnitus). In: Hesse G (Hrsg): Tinnitus. Thieme, Stuttgart, 93–112
27. Schaaf H, Weiss S, Hesse G (2017): Catamnesis results of an inpatient neuro-otologic based and psychosomatic tinnitus therapy at least one year after discharge. Eur Arch Otorhinolaryngol 274 (2), 701–710
28. Schaaf H (2018): Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. Eine kleine Bildergeschichte. DTL-Broschüre, Wuppertal
29. Schaaf H (2021): Hörgeräte bei Tinnitus?! forum HNO 23 (5), 304–309
30. Schaaf H (2021): Psychodynamische Gruppentherapie, ZPPM 19 (3), 98–107
31. Sereda M, Xia J, Scutt P, Hilton MP, El Refaie A, Hoare DJ (2022): Ginkgo biloba for tinnitus. Cochrane Database Syst Rev 11 (11), CD013514
32. Strotzka H (Hrsg) (1978): Psychotherapie. 2. Auflage. Urban & Schwarzenbeck, München, 4
33. Svitak M, Rief W, Goebel G (2001): Kognitive Therapie des chronisch dekompensierten Tinnitus. Psychotherapeut 46 (5), 317–325
34. Weise C, Kleinstäuber M, Kaldo, V, Andersson G (2017): Mit Tinnitus leben lernen: Ein Manual für Therapeuten und Betroffene. Springer, Heidelberg

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. med. Helmut Schaaf  
Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)*