

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Helmut Schaaf**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2010 · 55:225–232 · DOI 10.1007/s00278-010-0746-7

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Helmut Schaaf · Christiane Eichenberg · Gerhard Hesse

Tinnitus und das Leiden am Tinnitus

Psychotherapeut 2010 · 55:225–232
 DOI 10.1007/s00278-010-0746-7
 Online publiziert: 25. April 2010
 © Springer-Verlag 2010

Redaktion

T. Fydrich, Berlin
 A. Martin, Erlangen

Helmut Schaaf¹ · Christiane Eichenberg² · Gerhard Hesse¹

¹ Tinnitus Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen

² Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln

Tinnitus und das Leiden am Tinnitus

Tinnitus als Phänomen bezeichnet alle Formen nicht durch äußere Schallquellen bedingter Hörwahrnehmungen („Ohrgeräusche“), die auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen (Hesse 2008) und nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen (Dölberg et al. 2008). Dabei lässt sich die subjektive Tinnituslautheit maximal 5–15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Nach einer Studie der deutschen Tinnitus-Liga kommt es jährlich bei ca. 10 Mio. Deutschen zur Tinnitusneuerkrankung, die bei etwa 340.000 Betroffenen chronifiziert. Etwa 3 Mio. Erwachsene in Deutschland, also ca. 4% der Bevölkerung, sind vom chronischen Tinnitus betroffen (Punktprävalenz), 10–20% davon leiden erheblich darunter (chronisch komplexes Tinnitusleiden; Pilgramm et al. 1999). Wenn die Betroffenen wesentlich in ihrer Lebens- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt sind, spricht man vom dekompensierten komplexen Tinnitusleiden (Goebel u. Büttner 2004; Hesse 2008).

Ätiologische Überlegungen

Die Wahrnehmung des Tinnitus allein erklärt dabei noch nicht die individuelle Verursachung, die emotionale und psychische Reaktion und ggf. das Leiden des betroffenen Menschen. Neurophysiologische und psychophysiologische Modelle verstehen die subjektive Tinnitusbelastung durch:

- mangelnde Habituation (Hallam et al. 1984; Jastreboff u. Hazell 1993),

- dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen (D'Amelio et al. 2004; Delb et al. 2002; Goebel u. Büttner 2004; Kröner-Herwig 2005; Svitak et al. 2001) sowie
- eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen (Hallam et al. 2004; Svitak et al. 2001).

Folgende Bedingungen können eine Habituation verhindern:

- Minderung der Hörwahrnehmung (Schwerhörigkeit), wodurch das innere Geräusch weniger durch Außengeräusche überdeckt wird (Hesse et al. 2001; Stobik et al. 2003),
- wechselndes Auftreten oder Schwankungen wie bei den Endolymphschwankungen mit oder ohne Morbus Menière bezüglich Lautstärke und Frequenz sowie
- andauernde emotionale Prozesse, die das wahrgenommene Geräusch als bedrohlich, gefährlich oder störend werten.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle

Die mangelnde Habituation ist eine wichtige, aber immer noch keine ausreichende Bedingung für das Leiden am Tinnitus. Es müssen maßgeblich Prozesse auf einem höheren Niveau der kognitiv-emotionalen Verarbeitung hinzukommen, die wiederum die Habituation beeinflussen können (Kröner-Herwig 2005; Svitak et al. 2001). Wichtige Faktoren sind:

- schwer aufzulösende negative Bewertung des Tinnitus, auch wenn er noch so leise bestimmbar ist,

- Beharren darauf, dass das Ohrgeräusch auslöschar sein müsse,
- (meist aus Angst gespeiste) Schwierigkeit, neue und korrigierende Lernerfahrungen zu wagen,
- katastrophisierende Bewertungen und
- Bewertung des Tinnitus als Zeichen einer Krankheit.

So wird der Tinnitus – bis zur seiner Aufklärung – als unbekannter bedrohlicher, gefährlicher oder störender Höreindruck gewertet, der mit „nervösen Reaktionen“ verbunden ist und zum Handeln auffordert, ohne dass ein Ziel sichtbar ist. Nach der Erfahrung der Autoren ist das Beharren darauf, dass der Tinnitus extingierbar sein müsse, der stärkster Faktor für die Penetranz des Leidens, der alle anderen Lösungswege verbaut. Er ist mit hohem, erfolglosem Aufwand, das Unmögliche (die Extinktion) anzustreben, verbunden.

Psychodynamische Modelle beim Leiden am Tinnitus

Nach psychodynamischem Verständnis kann ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus (nicht der Tinnitus selbst!) entstehen, wenn:

- sich die Abwehrmechanismen erschöpfen und dabei den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können. Nach Ermann (2004) können in einem komplexen Ablauf einer *Resomatisierung* im Sinne Schurs körperlich-funktionelle und kognitive Vorgänge betroffen sein;
- ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist (Franz et al. 2005; Tillmann 2007);

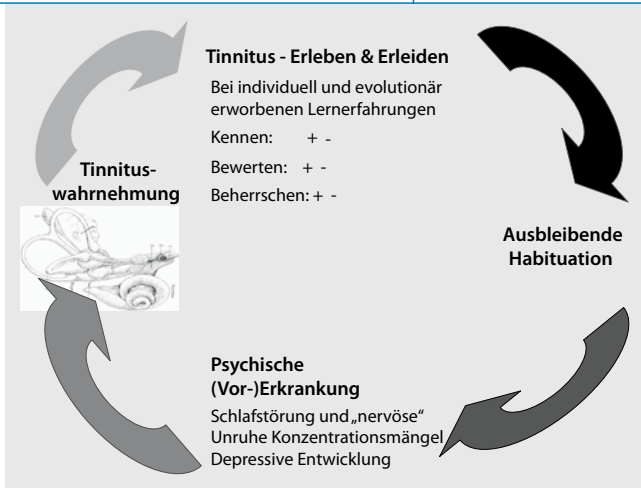


Abb. 1 ◀ Klassischer Teufelskreislauf bei nichtgelungener Habituation. (Schaaf u. Eichenberg 2008; mit freundlicher Wiederabdruckgenehmigung des Asanger-Verlags)

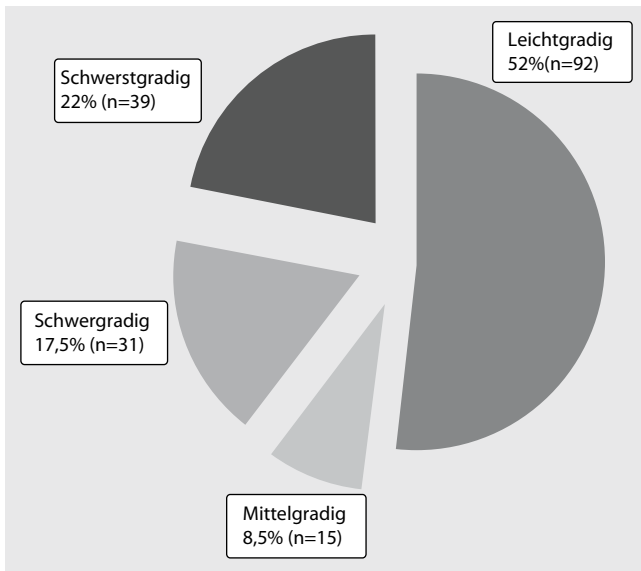


Abb. 2 ◀ Verteilung der Tinnitusbelastung gemäß Mini-TQ-12 (n=177)

c. traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten (Schaaf u. Seling 2002).

Das mögliche Ineinanderspielen von kognitiven und psychodynamischen Faktoren zeigt **Abb. 1**: Dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen halten den Tinnitus in der Wahrnehmung und verstärken die subjektive Lautheit.

Ziel dieser Untersuchung war es, die neurootologischen und psychischen Faktoren von in einer Spezialambulanz vorstellig gewordenen Patienten zu erheben, um differenzierte Therapieansätze anregen zu können. Darüber hinaus sollten die Veränderungen des Tinnitusleidens der stationär in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen behandelten Patienten erfasst werden.

Material und Methode

Untersucht wurden vom Erstautor vom 01.12.2008 bis zum 10.03.2010 aufeinanderfolgend, prospektiv und unselektiert 287 Patienten, die sich wegen des Symptoms Tinnitus in der neurootologisch psychosomatischen Spezialambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse selbstzahlend oder privatversichert vorstellten. Nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden 31 Patienten, die im Berichtszeitraum wegen eines Morbus Menière vorstellig wurden und zwar Tinnitus als Symptom auswiesen, bei denen aber der Schwindel und der Hörverlust im Vordergrund standen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden 37 Patienten, die zur Nachuntersuchung oder Weiterbetreuung nach einem stationären Aufenthalt in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse gesehen wurden.

Erhoben wurden:

a. Anliegen der Patienten (Behandlungsanlass),

b. Hals-Nasen-Ohren-Status mit der Erfassung der audiologischen Situation, einschließlich der Frage einer Hörgeräteindikation im Sinne der Hörgeräteverordnung,

c. psychologische Diagnose nach der International Classification of Diseases and Related Health Problems- (ICD-)10 aufgrund einer Anamnese und Erhebung des psychischen Befundes, erhoben durch den Erstautor (ärztlicher Psychotherapeut). Dies wurde durch den Mini-Tinnitusfragebogen nach Hiller u. Goebel (2004; Mini-TQ-12) zur Feststellung des Schweregrads des Tinnitusleidens und der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Herrmann u. Buss 1994) als Screening-Instrument zur Erfassung depressiver oder ängstlicher Anteile des Leidens ergänzt.

Der Mini-TQ-12 wurde entwickelt, um eine Screening-Untersuchung der Tinnitusbelastung zu ermöglichen und insbesondere ein Instrument zu entwickeln, das im Verlauf und in Längsschnittuntersuchungen möglichst sensitiv und exakt die Veränderung der Tinnitusbelastung erfasst (Hiller u. Goebel 2004). Die 12 Items des Mini-TQ-12 sind ein Extrakt der validesten Fragen des „Tinnitus-Fragenbogens (TF; Goebel u. Hiller 1998). Sie erfassen die Dimensionen Emotion, Kognition, Anspannung, psychosoziale Belastung, Schlafstörung und Konzentrationsstörung. Der Schweregrad ist in 4 Stufen aufgeteilt.

Die deutsche Version HADS-D ist ein kurzes und akzeptiertes Selbstbeurteilungsverfahren mit je 7 alternierend dargebotenen Angst- und Depressions-Items. Anhand beschriebener Cut-off-Werte ist eine Fallidentifikation möglich. Orientierend sind Werte ≥ 11 je Subskala als auffällig anzusehen (Herrmann u. Buss 1994).

Ergebnisse

Geschlechts- und Altersverteilung

Es wurden 191 Männer (66,6%) und 96 Frauen (33,4%) im Alter von 14 bis 86 Jahren ($M=53,2$ Jahre) vorstellig.

Indikation zu einer Hörgeräteverordnung

Eine Indikation im Sinne der Hörgeräteverordnung besteht, wenn der tonaudiometrische Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 3000 Hz beträgt. Dieser Hörverlust zeigte sich bei 118 Patienten (41,1%).

Psychologische Testdiagnostik

Von 287 Patienten nahmen 194 an der Testdiagnostik teil. Es konnten 93 Patienten nicht dafür gewonnen werden, vornehmlich, weil sie nach eigenen Angaben „wegen ihres Tinnitus und nicht wegen ihrer Psyche“ zur Vorstellung gekommen seien. Bei 17 Patienten konnte nach dem Ausfüllen keine adäquate Auswertung vorgenommen werden. Von den verbliebenen 177 Patienten, die den Mini-TQ-12 ausfüllten, lehnten weitere 29 das Ausfüllen des HADS ab.

Mini-TQ-12

Die Verteilung der Stichprobe bezüglich des Schweregrads der Tinnitusbelastung nach dem Mini-TQ-12 (Cut-off-Werte: leichtgradig: 0–7, mittelgradig: 8–12, schwergradig: 13–18, schwerstgradig: 19–24) ist in **Abb. 2** gezeigt. Demnach ist über die Hälfte der Stichprobe leichtgradig belastet; immerhin knapp ein Fünftel wurde als schwerstgradig belastet eingeschätzt.

Hospitality Anxiety and Depression Scale

Insgesamt finden sich bei über der Hälfte der Stichprobe (57,4%, n=85) Hinweise auf eine depressive Belastung, bei 36,4% der Teilnehmer schwer und sehr schwer; bei einem Drittel der Patienten (29%, n=43) konnten Hinweise auf Angstsymptome festgestellt werden, bei 16,2% schwer und sehr schwer (**Abb. 3**; **Tab. 1**).

Psychologische Diagnosen

Im Sinne der ICD-10 ergaben sich folgende Diagnosen:

Psychotherapeut 2010 · 55:225–232 DOI 10.1007/s00278-010-0746-7
© Springer-Verlag 2010

Helmut Schaaf · Christiane Eichenberg · Gerhard Hesse Tinnitus und das Leiden am Tinnitus

Zusammenfassung

Vorgelegt werden die psychosomatischen Befundkonstellationen von 287 Tinnituspatienten, die in einem Zeitraum von 15 Monaten von einem ärztlichen Psychotherapeuten mit HNO-Schwerpunkt ambulant gesehen wurden, wobei eine Zuordnung zu den möglichen Therapiemaßnahmen vorgenommen wurde. Deutlich wird ebenso die Relevanz der neurootologischen Fachkompetenz, insbesondere hinsichtlich der Erfassung und Behandlung der mit 41% häufig vorhandenen Höreinschränkungen sowie auch die Beachtung und Therapie der in 45,3% zu erfassenden psychischen Komorbidität. Während neurophysiologische und psychophysiologische Modelle die subjektive Tinnitusbelastung durch eine mangelnde Habituation, dysfunktionale Aufmerksamkeitspro-

zesse und Bewertungen interpretieren, kann nach tiefenpsychologischem Verständnis ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus (nicht der Tinnitus selbst!) entstehen, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen, ein Konflikt auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten. Plädiert wird für eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die auf audiologischer Grundlage sowohl mögliche Ursachen im Sinne der Tiefenpsychologie ebenso wie aufrechterhaltende Faktoren entlang der kognitiven Verhaltenstherapie berücksichtigt.

Schlüsselwörter

Tinnitus · Psychotherapie · Differenzielle Indikation

Tinnitus and the suffering from tinnitus

Abstract

Psychosomatic findings from 287 patients with tinnitus are presented in this article, who were seen by medical psychotherapists specialized in ENT for a period of 15 months. They were assigned to all of the therapeutic methods being offered. As relevant proved to be the neurootological professional competence, especially for recognizing and treating auditory limitations (in 41% of the patients) as well as noticing and treating the psychological comorbidity (in 45.3% of the patients). While neurophysiological and psychophysiological models interpret the subjective tinnitus stress as the failing of habituation, dysfunctional attention processes and assessments, from a psychodynamic view a symp-

tom having pathological significance, such as the suffering from tinnitus (not the tinnitus itself) may develop if the defensive mechanisms are exhausted, a conflict cannot be resolved on the conscious level or traumatic experiences were made. It is recommended that an approach specifically matched with the disturbance is made taking into account both possible psychodynamic causes and sustaining factors in the cognitive behavioral sense, all on an audiologic background.

Keywords

Tinnitus · Psychotherapy · Differential indication

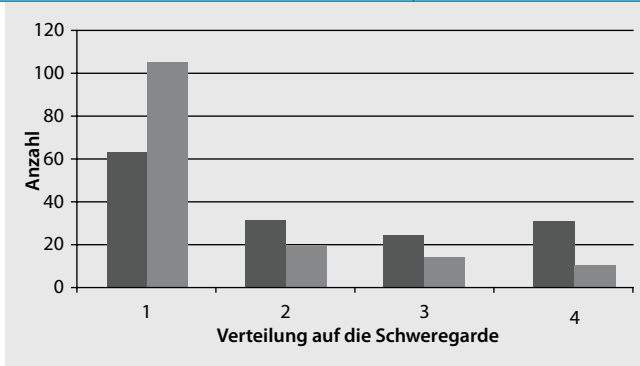


Abb. 3 ◀ Verteilung der Depressionsbelastung (dunkelgrau) und der Angstbelastung (hellgrau) gemäß Hospitality Anxiety and Depression Scale (n=148). 1 Nichtauf-fällig, 2 grenzwertig, 3 schwer, 4 sehr schwer

Diskussion und Therapienansätze

Befundkonstellationen

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen – trotz der Einschränkungen durch den für Kas-senpatienten durch Eigenfinanzierung erschwerten Zugang zu einer Spezialambulanz –, dass sich hinter dem Symptom Tinnitus sehr verschiedene Befundkonstellationen finden lassen. Diese sind hinsichtlich der auch bei den hier unter-suchten Patienten mit 41% sehr häufig zu sehenden Höreinschränkungen primär im HNO-Bereich anzusiedeln.

Bestätigt wird die sehr unterschiedliche Konstellation hinsichtlich der psy-chischen Komorbidität von ambulanten und stationären Patienten. Während eine deutliche Komorbidität durchgehend von stationären Patienten berichtet wird (Goebel u. Büttner 2004; Goebel et al. 2006; Hesse et al. 2001) und diese auch die Bedingung für den stationären Behand-lungsansatz darstellen, zeigen die Unter-suchungen an ambulanten Patienten einen hohen Anteil von Betroffenen ohne relevante psychische Komorbidität (Hiller et al. 1997; Konzag et al. 2005; in der vor-gestellten Untersuchung 54%). Diese suchen aber sehr wohl nach für sie verständ-lichen und empathischen Erklärungen sowie Handlungsansätzen, die über eine im HNO-Bereich übliche Hörgeräteversor-gung hinausführen. Zugleich bedarf mit 46% ein durchaus bedeutender Anteil am-bulanter Patienten fachgerechter psycho-therapeutischer Hilfe.

Bei den psychisch schwer betroffenen Patienten kann eine stationäre Therapie eine deutliche Symptomminderung bewirken (Goebel et al. 2006; Graul et al. 2008; Hesse et al. 2001). Das stationäre neurootologische und psychotherapeu-tische Vorgehen lässt sich für die Hälfte der Patienten auch testpsychologisch mit einer hochwirksamen Effektstärke unter-mauern. Auch wenn die andere Hälfte teils aus persönlichen Vorbehalten, teils aus organisatorischen Mängeln nicht für eine vollständige Testdiagnostik gewon-nen werden konnte, spricht der klinische Abschlussbefund für eine dazu passende Entwicklung.

- ohne psychologische Diagnose: 157 Patienten (54,7%),
- Anpassungsstörung (F43): 48 Pati-enten (16,7%):
 - Mini-TQ-12 (mittelgradig): 15 Pati-enten,
 - Mini-TQ-12 (schwergradig): 9 Pati-enten bei jeweils grenzwertigen Er-gebnissen im HADS,
- Depressionserkrankungen (F32/F33): 36 Patienten (12,5%),
- Somatisierungsstörung (F45): 15 Pati-enten (5,3%),
- Angsterkrankung (F41): 31 Patienten (10,8%).

Zusammenfassend ist die Befundkonstel-lation der Gesamtstichprobe (n=287) in **Tab. 2** aufgeführt.

Anliegen der Patienten und Empfehlungen nach der psychosomatischen Diagnosestellung

Ob ihr Ohrgeräusch gefährlich sei, hatten vornehmlich 37 Patienten wissen wollen; sie konnten nach Erfassung der neurooto-logischen Situation beraten und entängs-tigt werden. Es suchten 96 Patienten für sie passende Informationen und zeigten weiteren „Counselling“-Bedarf, der 60-mal (62,5%) mit zusätzlichen Hörgerä-teempfehlungen verbunden wurde. Eine relevante Schwerhörigkeit zeigten 24 Pa-tienten; sie wurden primär mit einer Hör-geräteempfehlung versorgt. Den 48 Pa-tienten mit einer „Anpassungsstörung“ wurde ein psychologisch unterstütztes Re-training (s. Abschn. „Stufenweises Vorge-hen beim Leiden am Tinnitus“) empfo-hlen, ohne dass immer eine Anlaufstelle vor Ort gefunden werden konnte. Von diesen Patienten wurde 13 (24%) zusätzlich zu

einem Hörgerät geraten. Bei den 82 Pa-tienten mit Depressionserkrankungen (F32), einer Somatisierungsstörung (F45) oder Angsterkrankung (F41) wurde 29-mal primär eine ambulante Psychothera-pie empfohlen; bei 53 Patienten war wur-de ein stationärer Aufenthalt indiziert. Es wurde 21 dieser Patienten (23%) eine Hör-geräteversorgung empfohlen.

Verlauf bei stationär behandelten Tinnituspatienten

Patienten und Eingangsdiagnosen

Stationär wurden in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen vom 17.01.2009 bis 31.12.2009 128 Patienten (männlich: 79, weiblich: 49) im Alter von 18 bis 78 Jahren (M=53 Jahre) behandelt. Bei diesen wur-den als Eingangsdiagnosen erhoben: bei 68 Patienten (53,2%) Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis (F32 und F33), bei 25 Patienten (19,5%) Angststö-rungen (F41) und bei 35 Patienten (27,3%) Somatisierungsstörungen (F45).

Katamnesedaten

Bei den 58 Patienten, die eine Anfangs- und Abschlussdiagnostik ausfüllten, zeigte sich bei Beginn der 4- bis 8-wö-chigen Behandlung im Mini-TQ-12 ein Durchschnittswert von 14,8 (SD=5,4; Schweregrad III: schwere Belastung) und bei Entlassung ein Durchschnittswert von 6,6 (SD=5,2; Schweregrad I: leichte Belas-tung). Insgesamt ergab sich bei den 58 Pa-tienten eine – im „stark wirksamen“ Be-reich liegende – Effektstärke von 1,59 hin-sichtlich der prä- und poststationären Tinnitusveränderung.

Stufenweises Vorgehen beim Leiden am Tinnitus

Fachgerecht stellt sich die Therapie des Tinnitusleidens nach Hesse (2009) sowie Goebel u. Büttner (2004) als stufenweises Vorgehen dar:

- abhängig von den Implikationen der Hörsituation, wie dies Hesse (2009) in den Grundlagen für eine neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie beschrieben hat und
- abhängig von der – in aller Regel psychisch zu verstehenden – Schwere der Erkrankung (Goebel u. Büttner 2004).

Goebel u. Hiller 1998) ist es zu verdanken, dass sie mit dem Tinnitus-Fragebogen (TF) auch in seiner inzwischen zur Verfügung stehenden Kurzform (Mini-TQ-12; Hiller u. Goebel 2004) dem HNO-Arzt eine praxistaugliche Screening-Methode an die Hand gegeben haben. Damit ist die Erfassung der wichtigsten psychischen Faktoren wie der Angst- und Depressionskomponente möglich. Dies gilt insbesondere, wenn der Tinnitus-Fragebogen nicht nur wie ein „zusätzlicher Laborwert“, sondern unter Berücksichtigung seiner Subskalen (Angst, Depression, Somatisierung etc.) genutzt wird. Goebel u. Büttner (2004) haben daraus die im Folgenden aufgeführten Vorschläge zur differenziellen therapeutischen Indikation abgeleitet.

Bei „Tinnitusträgern“ ohne Leidensdruck und leichten Tinnitusschweregraden kann durch alleiniges Counseling in kurzer Zeit eine relevante Tinnitushabituation erreicht werden (Goebel u. Büttner 2004; Jastreboff u. Hazell 1993; Konzag et al. 2005; **Tab. 3**).

Das Counseling, wie es HNO-Ärzten in den ADANO-Leitlinien im Rahmen der Tinnitus-Retraining Therapie (TRT) empfohlen wird, versteht sich als eine spezifische Beratung des Patienten, in der der Betroffene Aufklärung über Eigenschaften, Genese und Prognose des Tinnitus erhält. Wirksam können ebenfalls Selbsthilfemanuale (Kaldo et al. 2007) oder Internetberatung sein (Andersson et al. 2002; Kaldo et al. 2008), wie kontrolliert-randomisierte Studien zeigten. Bei der Einschätzung der therapeutischen

Tab. 1 Ergebnisse der Hospitality Anxiety and Depression Scale für die Skala Depression und die Skala Angst

	Schweregrad	Wertebereich	HADS-Skala			
			Depression		Angst	
			Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
1	Nichtauffällig	0–7	63	42,6	105	71
2	Grenzwertig	8–10	31	21	19	12,8
3	Schwer	11–14	24	16,2	14	9,4
4	Sehr schwer	15–21	30	20,2	10	6,8

Tab. 2 Befundkonstellation der untersuchten Patienten (n=287) und Behandlungsempfehlung

Patienten		ICD-10-Diagnose	Relevante Schwerhörigkeit		Empfehlung
Anzahl (n)	Anteil (%)		Anzahl (n)	Anteil (%)	
157	54,7	Keine	84	53	Aufklärung/„counseling“
48	16,7	F43: Anpassungsstörungen	13	24	Psychologisch unterstütztes Retraining
36	12,5	F32/F33: Depressionserkrankungen	12	33	Ambulante oder stationäre Psychotherapie
15	5,3	F45: Somatisierungsstörungen	5	33	Ambulante oder stationäre Psychotherapie
31	10,8	Angsterkrankungen	4	13	Ambulante oder stationäre Psychotherapie

ICD-10 International Classification of Diseases and Related Health Problems-10.

Tab. 3 Stufenschema in Anlehnung an die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen Goebel u. Büttner 2004)

Tinnitus-Fragebogen			Therapeutische Konsequenz
Schweregrad	Score	Bedeutung	
I	0–30	Kaum Leidensdruck	Ein- bis zweimaliges Counseling durch HNO-Arzt, Selbsthilfeliteratur
II	31–46	Kompensierter Tinnitus; leicht störend	Counseling, Relaxationsverfahren, TRT nach psychologischer Diagnostik
III	47–59	Dekompensierter Tinnitus; Tinnitus quälend, nicht selten psychische Komorbidität	Abwägung: bei psychischer Komorbidität: bevorzugt stationäre Therapie gefolgt von ambulanter TRT, über 1 bis 2 Jahre nach psychologischer Diagnostik, evtl. ambulante Psychotherapie
IV	60–84	Dekompensierter Tinnitus, meist psychische Komorbidität	Primär stationäre Psychotherapie mit Tinnitusbewältigungstherapie, ggf. überleitend in ambulante Psychotherapie

TRT Tinnitus-Retraining Therapie.

Maßnahmen muss allerdings konstatiert werden, dass das Counseling Zeit, Motivation beim Patienten, Stärkung seiner Compliance und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist – in der Regel – bei den Kapazitäten der normalen HNO-Sprechstunde kaum oder nur schwer möglich. Kann das Counseling um psychotherapeutische Elemente ergänzt werden, zeigen sich klarere Erfolge in Bezug auf die Tinnitusbelastung (Kröner-Herwig et al.

2000). Dann können auch kürzere als die ursprünglich von Jastreboff veranschlagten Zeiten von 18 Monaten ausreichen (Delb et al. 2002; Gerhards u. Brehmer 2009). Selbst regelrechte Kurzzeitherapie kann so nachhaltig wirken, wie D'Amelio et al. (2005) schon für Patienten mit Tinnitus bis zum Schweregrad II nach Goebel beschrieben haben. Mazurek et al. (2009) sowie Seydel et al. (2009) berichten über eine ambulante siebentägige Initialbehandlung mit Nachbetreuung in der Tin-

niusambulanz der Charité, bei der ebenso kurzzeitige wie auch lang anhaltende Verbesserungen der Belastung durch den Tinnitus und durch andere psychische Störungen belegt wurden. So zeigten sich folgenden Ansätze wirksam:

- Abbau von tinnitusbezogenen Ängsten,
- Beratung über Möglichkeiten der Habituation einer adäquaten Reaktion auf die Ohrgeräusche im Sinne eines „Überhörens“,
- Erlernen eines Entspannungsverfahrens, meist der progressiven Muskelrelaxation und
- meist kognitiv ausgerichtete Psychoedukation.

Das spricht für eine Tinnitusbehandlung im Rahmen einer – dann auch kassenärztlich bezahlten – psychosomatischen Grundversorgung bzw. die Versorgung durch einen Facharzt für HNO-Heilkunde mit der Zusatzausbildung Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie).

Psychische Komorbidität

Gesichert ist eine hohe psychische Komorbidität bei stationär behandelten Patienten mit dekompensiertem Tinnitus; dies ist allerdings auch die Bedingung dafür, dass die Indikation zur stationären Psychotherapie gestellt werden konnte, wie jüngst Heinecke et al. (2009) noch einmal herausgearbeitet haben. Bei stationär aufgenommenen Patienten finden sich in fast 90% der Fälle psychische Störungen wie „major depression“ (bis 67%), dysthyme Störungen (bis 21%), Angststörungen (bis 31%) und somatoforme Störungen (bis 32%; Goebel u. Büttner 2004). Dies bestätigt sich im eigenen Krankheitsgut aktuell und steht im Einklang mit dem schon von Hesse (Hesse et al. 2001) berichteten Befunden.

Hingegen fanden Konzag et al. (2005), Repik (2009) sowie Schmidt et al. (2004) bei einem ambulanten Patientengut von chronischen Tinnitusbetroffenen – naturgemäß – deutlich mehr Patienten ohne psychiatrische Komorbidität. Dies unterstützt die v. a. von HNO-Ärzten und Vertretern des eher „klassischen“ TRT vorgebrachten Hinweise, dass Tinnitus an sich kein psychisches Phänomen sei (Hesse

2009; McFerran u. Baguley 2009). Jedoch zeigen Studien, dass ambulante Tinnituspatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Hinblick auf somatoforme Störungen sehr wohl eine hoch signifikant höhere Belastung aufweisen (Konzag et al. 2005). Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Hiller et al. (1997), die bei ambulanten Tinnituspatienten in 42% der Fälle eine Kombination mit einer Somatisierungsstörung feststellten. Konzag et al. (2005) konnten weiter zeigen, dass ambulante Tinnituspatienten eine signifikant erhöhte Belastung hinsichtlich Angststörungen aufweisen, während sich bei den depressiven Störungen keine signifikanten Unterschiede zur „normalen Inzidenz“ von Depressionserkrankungen zeigten. In ihrem Leidensprofil unterschieden sich die subakuten und die chronischen Tinnituspatienten kaum voneinander (D'Amelio et al. 2004; Konzag et al. 2005), sodass man folgern kann, dass weder der Tinnitus als solcher noch die Dauer des Tinnitusgeschehens, sondern die psychische Ausgestaltung die entscheidende Komponente des Leidens darstellt.

Psychotherapie als Therapieansatz

Für eine Psychotherapie bei Tinnitusbetroffenen müssen meist erst eine Arbeitsgrundlage und ein Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Therapeuten erarbeitet werden (Svitak et al. 2001). Als Konsens muss oft zunächst erreicht werden, dass eine Psychotherapie keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung hat, jedoch das Ausmaß der psychischen Belastung beeinflussen kann.

Lerntheoretische Ansätze und Modelle konzentrieren sich dann auf die Verbesserung der Bewältigung durch:

1. Entkatastrophisierung der Tinnitus-symptomatik,
2. bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung und
3. Erwerb von Coping-Fähigkeit (Ablenkung, positive Selbstverbalisierung).

Ziele sind (Svitak et al. 2001):

- Unterstützung des Habituationsprozesses,

- Verringerung der psychischen Problematik,
- Erhöhung der Tinnitusakzeptanz und
- Erarbeitung einer positiven Alternative.

Für diese Vorgehensweise stehen inzwischen hilfreiche Anleitungen und Manuale zu Verfügung (z. B. Delb et al. 2002; Kröner-Herwig 1997). Diese Programme stellen Behandlungsaspekte dar, die aus verschiedenen Interventionsmodulen bestehen. Dabei stehen die Edukation des Patienten, das Erlernen von Entspannungsverfahren, Aufmerksamkeitsübungen, kognitive Umstrukturierung und die Bearbeitung tinnitusbezogener Vermeidungsverhalten an erster Stelle.

Psychodynamische Psychotherapien verstehen psychische Erkrankungen als Folge aktueller Auslöser, Belastungen und Konflikte vor dem Hintergrund einer vorangegangenen Persönlichkeitsentwicklung, deren Regulationsmechanismen nicht mehr genügen. Ziel der psychodynamischen Ansätze kann sein, die im Tinnitusleiden ausgedrückte, psychogene Not zu verstehen und zu bearbeiten. Das besondere Interesse liegt auf den bei dem Patienten ausgelösten Gefühlen und nonverbalen Botschaften, die dann im Therapiefortschritt diagnostisch und therapeutisch genutzt werden können (Ermann 2004).

Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und psychodynamischen Ansätzen

Randomisierte kontrollierte Studien – überwiegend für kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Vorgehensweisen – konnten klar einen Effektivitätsnachweis im Sinne der kassenärztlichen „Nutzungserwartung“ erbringen (Kröner-Herwig 2005). So zeigte die Studie von Zachriat u. Kröner-Herwig (Zachriat u. Kröner-Herwig 2004), dass selbst 2 Jahre nach Therapieende die positive Wirksamkeit ihrer Tinnitustherapie im Sinne der Beeinträchtigungsminderung fast ohne Einbußen bestehen blieb.

Goebel et al. (2006) fanden in einer Katamnesestudie von 500 stationär behandelten Tinnituspatienten, die 1988 bis 1992 über einen Zeitraum von durch-

schnittlich 6 bis 9 Wochen mit Schwerpunkt kognitiver Verhaltenstherapie behandelt worden waren, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe klinisch relevante Verbesserungen auch noch nach einem, 2 und 12 Jahren. Wie wichtig dabei die poststationäre Weiterführung der Therapie vor Ort ist, wurde durch eine Studie von Graul et al. (2008) verdeutlicht. Je länger der Aufenthalt zurücklag, desto geringer blieb die aktive Nutzung der in der Klinik erlernten Bewältigungsstrategien.

Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie können als „Angebot“ an das vom Patienten vorgebrachte Symptom auch in ein primär psychodynamisches Vorgehen integriert werden (Zöger et al. 2008). Das Leiden am Tinnitus kann dann symptomatisch als Ausdruck der für den Betroffenen nicht anders hörbaren und verstehbaren psychogenen Not gesehen und bearbeitet werden (Schaaf u. Eichenberg 2008).

Fazit für die Praxis

Plädoyer für ein gestuftes, störungsspezifisches Vorgehen. Fachgerecht stellt sich die Therapie des Tinnitusleidens als stufenweises Vorgehen dar, abhängig von den Implikationen der Hörsituation und abhängig von der – in aller Regel psychisch zu verstehenden – Schwere der Erkrankung. Unabdingbar ist, nach einer ausreichenden neurootologischen Diagnostik die Ursachen des Tinnitusgeschehens mit dem Patienten zu besprechen, dabei ggf. auch eine apparative Hörverbesserung zu beachten und die Grundlage für eine Habituation zu legen. Schon der Mini-TQ-12 nach Hiller u. Goebel kann als Screening-Instrument wertvolle Hinweise bei der Weichenstellung für eine psychotherapeutische Unterstützung sein. Darauf aufbauend können psychotherapeutische Behandlungen indiziert und wirksam sein.

Korrespondenzadresse

Dr. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen
Grosse Allee 50, 34454 Bad Arolsen
HSchaaf@tinnitus-klinik.net

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO) (1998) Leitlinie Tinnitus. <http://www.hno.org/leitl.htm>
- Andersson G, Stromgren T, Strom L, Lyttkens L (2002) Randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosom Med* 64:810–816
- D'Amelio R, Archonti C, Scholz S (2004) Psychological distress associated with acute tinnitus. *HNO* 52(7):599–603
- D'Amelio R, Archonti C, Wobrock T et al (2005) Die Tinnitusambulanz an der HNO Klinik. In: Biesinger (2005) (Hrsg) HNO-Praxis heute, Bd 25; Schwerpunktthema: „Tinnitus“. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 61–83
- Delb W, D'Amelio R, Boisten CJ (2002) Evaluation of the tinnitus retraining therapy as combined with a cognitive behavioral group therapy. *HNO* 50:997–1004
- Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke O (2002) Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Hogrefe, Göttingen
- Dölberg D, Schaaf H, Hesse G (2008) Tinnitus bei schizophrener vorerkrankter Patienten. *HNO* 56:670–693
- Ermann M (2004) Somatisierung. In: Ermann M (Hrsg) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, 4. Aufl. Kohlhammer, München, S 233–235
- Franz M, Ballo H, Heckrath C (2005) Tinnitus als soziale Infektion. Tinnitus als Indikator eines dekompenzierten Gruppenprozesses innerhalb einer Organisation. *Psychotherapeut* 50:318–327
- Gerhards F, Brehmer D (2009) Ablenkungs- und Entspannungstraining bei akutem Tinnitus. Effekte einer Ergänzung HNO-ärztlicher Behandlung. *HNO*, doi 10.1007/s00106-009-2019-8
- Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus-Fragebogen (TF). Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto
- Goebel G, Büttner U (2004) Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. *Psychoneuro* 30:322–329
- Goebel G, Kahl M, Arnold W, Fichter M (2006) 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. *Acta Otolaryngol Suppl* 126:70–79
- Graul J, Klinger R, Greimel KV et al (2008) Differential outcome of a multimodal cognitive-behavioral inpatient treatment for patients with chronic decompensated tinnitus. *Int Tinnitus J* 14:73–81
- Heinecke K, Weise C, Rief W (2009) Chronischer Tinnitus: Für wen ist eine ambulante Kurzzeitpsychotherapie indiziert? *Psychother Psychosom Med Psychol* 57:242–247
- Herrmann CH, Buss U (1994) Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala); ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 40:143–154
- Hallam RS, McKenna L, Shurlock L (2004) Tinnitus impairs cognitive efficiency. *Int J Audiol* 43:218–226
- Hallam RS, Rachman S, Hinchcliffe R (1984) Psychological aspects of tinnitus. In: Rachman S (ed) Contributions to medical psychology. Pergamon, Oxford, pp 31–54
- Hesse G (2010) Innenohrschwerhörigkeit, Tinnitus (Kap. 6). In: med update (ed) Handbuch HNO Update 2009, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Hesse G (2009) Tinnitus – Hinweis für psychische Erkrankungen? *Laryngo-Rhino-Otologie* 88:2–3
- Hesse G (2008) Die neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie. *HNO* 56:686–693
- Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A (2001) Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. *Laryngo-Rhino-Otologie* 80:503–508
- Hiller W, Goebel G (2004) Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *Int J Audiol* 43:600–604
- Hiller W, Elfant S, Markgraf J et al (1997) Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol* 26:226–234
- Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications. *Br J Audiol* 27:7–17
- Kaldo V, Levin S, Widarsson J et al (2008) Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 39:348–359
- Kaldo V, Cars S, Rahnert M et al (2007) Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 63:195–202
- Konzag TA, Rubler D, Bandemer-Greulich U et al (2005) Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. *Z Psychosom Med Psychother* 51:247–260
- Kröner-Herwig B (2005) Psychologisch fundierte Interventionen bei chronischem Tinnitus. In: Biesinger E (Hrsg) HNO-Praxis heute, Bd 25; Schwerpunktthema: „Tinnitus“. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 125–136
- Kröner-Herwig B (1997) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Belz, Weinheim
- Kröner-Herwig B, Biesinger E, Gerhards F et al (2000) Retraining therapy for chronic tinnitus. A critical analysis of its status. *Scand Audiol* 29:67–78
- Martinez Devesa P, Wadell A, Perera R, Theodoulou M (2007) Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 24: CD005233
- Mazurek B, Seydel C, Haupt H et al (2009) Integrierte Tinnitusintensivbehandlung: Verringerung der tinnitusbedingten Belastung während einer 1-Jahres-Katamnese. *Gesundheitswesen* 71:35–40
- Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H et al (1999) Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. *HNO akt* 7:261–265
- Repik I (2009) Ergebnisse ambulanter Untersuchungen und Katamnese bei Patienten mit Tinnitus. Dissertation, Universität Hagen
- Robinson SK, Viirre ES, Bailey KA et al (2008) A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for tinnitus. *Int Tinnitus J* 14:119–126
- Schaaf H, Eipp C, Hesse G et al (2009) Psychosoziale Aspekte der Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Tinnitus- und Psoriasis-Patienten. Eine Studie an 105 Patienten mit Psoriasis und 89 Patienten mit Tinnitus im Vergleich hinsichtlich Lebensqualität, Ängstlichkeit und Depressivität. *HNO* 57:57–63
- Schaaf H, Eichenberg C (2008) Psychosomatische Ansätze beim Leiden am Tinnitus. Ein Plädoyer für ein störungsspezifisches Vorgehen unter Einschluss von 52 Tinnitus Patienten einer Spezialambulanz. *ZPPM* 6:43–57
- Schaaf H, Seling B (2002) Not verschafft sich Gehör. *HNO Nachrichten* 8:16–19
- Seydel C, Haupt H, Szczepke AJ et al (2009) Long-term improvement in tinnitus after modified tinnitus retraining therapy enhanced by a variety of psychological approaches. *Audiol Neurootol* 4:69–80

- Schmidt A, Lins U, Wetscher I (2004) Counselling versus Gruppentherapie beim chronischem Tinnitus. *HNO* 52:242–247
- Stobik C, Weber RK, Munte TF, Frommer J (2003) Psychosomatische Belastungsfaktoren bei kompensiertem und dekompensiertem Tinnitus. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:344–352
- Svitak M, Rief W, Goebel G (2001) Kognitive Therapie des chronisch dekompensierten Tinnitus. *Psychotherapeut* 46:317–325
- Tillmann M (2007) Der gesellschaftliche Prozess der Globalisierung und die Notwendigkeit von Intimität. Ein Versuch zum individuellen und kulturellen Verständnis der psychodynamischen Bedeutungen des Tinnitus aurium. *Psychosozial* 107:109–130
- Weber JH, Jagsch R, Hallas B (2008) Der Zusammenhang von Tinnitus, Persönlichkeit und Depression. *Z Psychosom Med Psychother* 54:227–244
- Weise C, Heinecke K, Rief W (2007) Biofeedback bei chronischem Tinnitus – Behandlungsleitfaden und vorläufige Ergebnisse zu Wirksamkeit und Akzeptanz. *Verhaltenstherapie* 17:220–230
- Zachriat C, Kroner-Herwig B (2004) Treating chronic tinnitus: comparison of cognitive-behavioural and habituation-based treatments. *Cogn Behav Ther* 33:187–198
- Zöger S, Erlandsson S, Svedlund J, Holgers K (2008) Benefits from group psychotherapy in the treatment of severe refractory tinnitus. *Audiol Med* 6:62–72

Selbsthilfe-Training bei Tinnitus: Betroffene für Online-Studie gesucht

Allein in Deutschland leiden nach einer Studie der Deutschen Tinnitus-Liga etwa 1,5 Millionen Menschen stark unter chronischem Tinnitus.

Ambulante Therapieplätze sind häufig mit einer sehr langen Wartezeit verbunden. Wissenschaftler der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und der Universität Linköping in Schweden untersuchen nun, wie den Betroffenen mit einem Selbsthilfetraining via Internet geholfen werden kann. Die beiden Arbeitsgruppen gehören zu den führenden Forschungseinrichtungen im Bereich Tinnitus und verfügen über langjährige Erfahrungen und Expertise in der Erforschung neuer Behandlungsansätze.

Die Arbeitsgruppe der Universität Linköping konnte für ihre bis dato entwickelten Selbsthilfeprogramme deutliche Erfolge und eine hohe Akzeptanz bei den Patienten nachweisen.

Neben Informationen zur Erkrankung selbst bietet das Onlineportal der Studie Hilfe zur Selbsthilfe: In jeder Trainingswoche lernen die Betroffenen hilfreiche Strategien kennen, die es ihnen ermöglichen, die krankheitsbedingte Belastung selbstständig zu reduzieren. Das Training erfordert Eigeninitiative und den Wunsch, aktiv an den eigenen Problemen zu arbeiten. Da frühere Studien zeigen konnten, dass Selbsthilfensätze dann am wirkungsvollsten sind, wenn sie mit regelmäßigen Kontakten zu einem Therapeuten kombiniert werden, werden die Studienteilnehmer über E-Mail von einem Therapeuten betreut und in der Durchführung des Trainings unterstützt. Das Selbsthilfetraining läuft über circa zehn Wochen und ist für die Teilnehmer kostenfrei. Tinnitusbetroffene, die an der Studie teilnehmen möchten, erhalten auf der Website www.kbt.info/titus weitere Informationen.

Quelle: Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, www.klinische-psychologie-mainz.de