

**Helmut Schaaf & Christiane Eichenberg:**

## **Psychosomatische Ansätze beim Leiden am Tinnitus**

**Ein Plädoyer für ein störungsspezifisches Vorgehen unter Einschluss von 52 Tinnitus Patienten einer Spezialambulanz<sup>1</sup> ZPPM & 6(4) 43-57**

### **Zusammenfassung**

*Ausgeführt werden ätiologische und therapeutische Möglichkeiten beim Leiden am Tinnitus.*

*Während neurophysiologische und psychophysiologische Modelle die subjektive Tinnitusbelastung durch eine mangelnde Habituation, dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen verstehen lassen, zeigt sich im tiefenpsychologischen Verständnis, dass ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus (nicht der Tinnitus selbst!) entstehen kann, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen, ein Konflikt auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht werden müssen.*

*Vorgelegt werden die ICD-Diagnosen von N= 52 Tinnitus-Patienten, die in einem Zeitraum von drei Monaten von einem ärztlichen Psychotherapeuten mit HNO-Schwerpunkt ambulant gesehen werden konnten, wobei eine Zuordnung zu den möglichen Therapiemaßnahmen und zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostikversucht wurde.*

*Plädiert wird für eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die auf audiologischer Grundlage sowohl mögliche Ursachen im Sinne der Tiefenpsychologie ebenso berücksichtigt wie aufrecht erhaltende Faktoren entlang der kognitiven Verhaltenstherapie.*

### **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 (Doelberg et al., 2008). Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5-15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitus-Formen (Hesse, 2008). ....

### **Ätiologische Überlegungen**

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

- eine mangelnde Habituation (Hallam et al., 1984, Jastreboff & Hazell, 1993)
- dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen (Goebel, 2001, 2003; Svitak, 2001; Delb, 2002; D' Amelio, 2004; Kröner Herwig, 2005)
- eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen (Hallam, 2004; Svitak, 2001).

Dabei können verschiedene Bedingungen eine Habituation verhindern, wie

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

### **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze**

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 2001).

Wichtige Faktoren sind:

<sup>1</sup>Auszugsweise vorgetragen auf der ADANO 2008 in Bad Arolsen

- 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.

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 unserer Erfahrung 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 verbunden mit hohem, erfolglosem Aufwand, das Unmögliche (die Extinktion) anzustreben.

Hinzu kommen

- die erlebte Ohnmacht und erlebte Hilflosigkeit gegenüber dem Geräusch mit dem Gefühl, nichts gegen sein Leiden tun zu können
- und das assoziierte Vermeidungsverhalten, dass aus der Angst heraus entsteht.
- eine erlebte Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation
- ungünstige kognitive Prozesse
- ungünstige Grundannahmen (z.B. „Ich bin nicht gut genug“)
- kognitive Verzerrungen („Ich muss immer uneingeschränkt belastbar sein“)
- negative Selbstkonzepte,
- negative Zukunftserwartungen

### ***Psychodynamische Ansätze beim Leiden am Tinnitus***

Nach tiefenpsychologischem 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
- ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist
- oder traumatische Erfahrungen gemacht werden müssen (s. Kasuistik Schaaf & Seling, 2002).

Schaaf & Seling (2002) beschrieben die durch den Tinnitus angestoßenen Ohnmachtsgefühle einer im 2. Weltkrieg vertrieben damals 78 Jährigen und damit beispielhaft die mögliche Reinszenierung von über 50 Jahren verdrängten Leids, dass durch das „an sich harmlose Geräusch“ aktiviert wurde, was aber eben nicht harmlos ist, solange es an Bomben, Hunger und Ohnmacht erinnern muss. Dass Hörwirklichkeiten immer subjektiv und damit von Fall zu anders sind, zeigen zwei Beispiele von Tinnituspatienten bei gleicher audiologischer Ausgangslage ([www.drhschaaf.de/hoerwirklichkeiten.pdf](http://www.drhschaaf.de/hoerwirklichkeiten.pdf))

Dann kann es im Erleben im Sinne einer „Resomatisierung“ statt der Wahrnehmung der Überlastung oder des Konfliktes zu einer vermehrten Wahrnehmung der körperlich empfundene Reaktionen kommen. ....

### ***Das Leiden am Tinnitus als Resomatisierung***

Nach Ermann (2004) werden dem komplexen Ablauf einer „Resomatisierung“ im Sinne Schurs körperlich-funktionelle und kognitive Vorgänge betroffenen. Dadurch entstehen vegetative 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.

Mit der Re-Somatisierung ist eine Verankerung von kognitiven Prozessen verbunden. Dabei rücken Körperempfindungen in das Zentrum der Wahrnehmung. Es entsteht eine ausgeprägte enterozeptive Orientierung der Aufmerksamkeit und der Wahrnehmung.

Dies führt auch dazu, dass psychische Beschwerden als Körperbeschwerden erscheinen, da sie vom Betroffenen als psychische Folge der Körperbeschwerden oder selbst als körperlich verursacht angesehen werden.

So kann es zu einer Somatisierung von Affekten kommen, wenn innere, bedrohlich erlebte Affekte abgewehrt werden müssen. Die Fokussierung auf den Tinnitus dient dann zur Abwehr eines quälenden Affektes, der etwa starke Angst, Wut, Scham oder Schuldgefühle ausdrückt.

So ist für das bewusste Erleben der psychische Zusammenhang zwischen der Tinnitus-Wahrnehmung und dem Affekt verursachenden Auslöser, etwa einem Konflikt, nicht mehr evident. Dies kann – kurzfristig – im Sinne eines primären Krankheitsgewinns zur Entlastung führen.

### **Gesellschaftliche Einflüsse: Hoher Arbeitsdruck (soziale Infektion), Entfremdung**

Dass beim Leiden am Tinnitus gesellschaftliche Faktoren und Gruppenprozesse eine Rolle spielen können haben Franz et al. (2005) beschrieben. Ihnen ist aufgefallen, dass innerhalb einer Einsatzstelle mit Rettungsdienstfunktion 11 von 35 Mitarbeitern - bei unauffälligen HNO-ärztlichen Befunden - eine Tinnituserkrankung entwickelten. Dabei glauben die tiefenpsychologisch orientierten Autoren, dass die hochaversiv erlebten Arbeitsbedingungen früh gelernte kindliche Ohnmachtsgefühle mobilisiert haben. Angesichts der erlebten Hilflosigkeit und Wirkungslosigkeit gegenüber dem subjektiv nicht mehr zu bewältigendem Arbeitsdruck hat sich dann symptomatisch ein Tinnitus entwickelt.

Im Rahmen einer ausführlichen Kasuistik vermutet Tillmann (2007), dass mit der Symptomatik der Ohrgeräusche auf kollektiver Ebene auch eine tiefe Angst zum Ausdruck gebracht wird: Das Brummen bringe die Angst vor Entwertung und Überflüssigsein in somatisierter Form in einen vorsprachlichen/averbalen Ausdruck. Das Symptom entspreche einem zunehmenden Bedürfnis nach Intimität, das mittels einer Not-Abschaltung bzw. einer Not-Verstopfung gesucht werde. Dabei sei die Wahl dieses verborgenen, versteckten Ortes, des Ohres, eine kreative, unbewusste Wahl angesichts einer „grenzenlosen Kultur ohne Scham und Respekt“.

So komme das Symptom Tinnitus auf der gesellschaftlichen Ebene im Sinne einer hysterischen Konfliktlösung „zum Klingeln“. In der symbolischen Körperselbstsprache zeigt sich der ohnmächtig verzweifelte Protest gegen eine zunehmende Individualisierung, kompromisshaft ausgedrückt durch ein quälendes und zugleich verbindendes Symptom in präsymbolischer Sprache. Die Entfremdung erhalte in diesem Prozess wiederum einen subjektiven Ausdruck.

### **Untersuchungsergebnisse einer neurootologisch psychosomatischen Spezialambulanz**

Untersucht wurden - ausschließlich vom Erstautor - vom 15.3.2008 bis zum 30.6.2008 prospektiv und unselektiert N= 100 aufeinander folgende Patienten einer neurootologisch psychosomatischen Spezialambulanz.

Erhoben wurden

- das Anliegen der Patienten (Behandlungsanlass)
- der HNO-Status mit der Erfassung der audiologischen Situation einschließlich der Frage einer Hörgeräteindikation im Sinne der Hörgeräteverordnung
- die psychologische Diagnose nach ICD-10 aufgrund einer biographischen Anamnese und Erhebung des psychischen Befundes, ergänzt durch eine psychologische Testdiagnostik mit der Symptomencheckliste nach Derogatis (SCL-R 90), des Beckschen Depressionsinventar (BDI) sowie – bei Tinnituspatienten – mit dem Tinnitusfragebogen nach Goebel-Hiller (1992).

.....

### **Diskussion und Therapienansätze**

Es ist sinnvoll, bei Tinnitus-Patienten abgestuft vorzugehen. Wichtig ist dabei, zwischen Tinnitus-Trägern ohne Leidensdruck und Tinnitus-Patienten mit Leidensdruck zu unterscheiden und erstere nicht – auch über iatrogene Einflüsse – zu Tinnitus-Leidern zu machen.

Hingewiesen sei zum einen auch darauf, dass ca. 90% der Tinnitus-Patienten nach einem Jahr gut mit dem Tinnitus zurecht kommen und nicht unter einer Begleitsymptomatik leiden (Jäger, 2005) und zum anderen, dass in einer prospektiv angelegten Studie später dekompensierenden Tinnitus-Patienten bereits zum Zeitpunkt des Auftretens der Ohrgeräusche weitreichende psychische Belastungen aufwiesen (Olderog et al., 2004).

Notwendigkeit ist daher immer eine ausreichende HNO-ärztliche und psychosomatische Befunderhebung, die durch den Tinnitusfragebogen nach Goebel-Hiller (1998) sinnvoll unterstützt werden kann.

Das Counselling, wie es HNO-Ärzten im Rahmen der ADANO-Leitlinien beim Tinnitus empfohlen wird, versteht sich als eine spezifische Beratung des Patienten, in der der Betroffene Aufklärung über Eigenschaften, Genese und Prognose des Tinnitus erhält.

Konkret heißt das die Bearbeitung dessen, was der Tinnitus - in der Vorstellung des Patienten - krankmachend bewirken kann und was nicht. Dem stehen die praktisch und nachvollziehbar zu vermittelnde Erfahrung und die auch nonverbal zu vermittelnde Gewissheit gegenüber, dass der Tinnitus

- meist mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen wird
- nie der Grund für eine, ggf. weitere Hörverschlechterung sein kann
- von alleine nicht "verrückt" machen kann
- nie von außen lauter als 5-15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle gemessen werden kann.

So soll - ohne die oft von Betroffenen gefürchteten funktionellen Schäden wie Tumore oder psychiatrische Krankheitsbilder bemühen zu müssen – verstanden werden, warum ein akut aufgetretener Tinnitus als neuer, unbekannter und negativ bewerteter Reiz bei seinem Auftreten ein sehr beunruhigendes, zu Handlungen anforderndes Ereignis sein muss und diese Beunruhigung mit Erhöhung des Aktivitätsniveaus zu zahlreichen vegetativen Folgeproblemen führen kann (ausführlich s. Schaaf & Hesse, 2004).

Unterstützt werden kann das Counselling sinnvoll durch Anleitungen mit Selbsthilfemanualen (Konzag, 2006) und Selbsthilfebüchern (zu den Effekten bibliothераpeutischer Maßnahmen siehe Eichenberg, 2008). Hilfreich können hier die geschulten Telefonberater der Deutschen Tinnitus Liga (<http://www.tinnitus-liga.de>) sein.

Bei leichten Schweregraden kann alleiniges Counselling in kurzer Zeit eine relevante Tinnitusgewöhnung erreichen. Schon die Aufklärung über die Hörwahrnehmung und das Aufzeigen nachvollziehbarer Wirkfaktoren in einem stimmigen Bedingungsmodell hat in der Regel Angst vermindernde Effekte. Als entscheidend für den langfristigen Therapieerfolg sind diejenigen Maßnahmen zu sehen, die die Selbsteffizienz des Betroffenen nachhaltig stärken und ihn zur selbständigen Weiterführung des Erlernten motivieren können.

Hinzukommen muss bei entsprechender Indikation eine Hörgeräteversorgung, die bei Tinnitus- Patienten eher großzügig angeraten werden sollte (Hesse, 2008).

Dabei zeigte sich in dieser Studie die Indikation zu einer Hörgeräteverordnung in 36% der Fälle ebenso relevant wie die Beachtung der psychischen Erkrankungen bei 73% der Patienten dieser Spezialambulanz.

Die Häufigkeit der Schwerhörigkeit ist vergleichbar mit den auf Tinnitus spezialisierten Kliniken, die bei entsprechender HNO-Kompetenz dazu beitragen können, dass die oft vorhandene, aber nicht versorgte einseitige oder beidseitige Schwerhörigkeit als eine wesentliche und verbesserbare Grundlage des Tinnitus angegangen werden kann (Hesse, et al. 2001).

Realistisch muss allerdings konstatiert werden, dass sowohl das Counselling wie die Hörgeräteindikation, -anpassung und -erprobung Zeit, Motivation beim Patienten, Überzeugungsarbeit durch die beteiligten Fachleute und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist – in der Regel – mit den Kapazitäten der normalen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Sprechstunde kaum möglich.

So finden HNO-ärztliche Bemühungen meist ihre *Grenzen*

- bei wenig(er) aktiven bis passiven, nicht zugewandten, sowie (noch) nicht introspektionsfähigen Patienten,
- bei bedeutender psychischer Komorbidität

•oder bei Vorliegen einer Psychodynamik, bei welcher der Tinnitus überwiegend als somatischer Kristallisationspunkt einer psychopathologischen Entwicklung zu verstehen ist, eine hohe Funktionalität besitzt oder einfach die Lebensumstände des Patienten pathogen bzw. sehr verfahren sind.

So ist ebenso wichtig - und dazu nicht in Konkurrenz stehend - die psychosomatische Kompetenz, wie sich in dieser Untersuchung in dem deutlichen Anteil der psychisch erhebaren Diagnosen bei 73% der Patienten zeigt. Dieser hohe Anteil in einer Spezialambulanz, in der HNO-Kenntnis und psychosomatische Kompetenz erwartet wird, entspricht der hohen psychischen Belastung bei stationär behandelten Patienten mit dekompensiertem Tinnitus, was allerdings auch die Bedingung dafür darstellt, dass sie stationär psychotherapeutisch aufgenommen werden durften. Bei diesen finden sich in fast 90 % der Fälle psychische Störungen wie Depressionen (bis 67 %), Angststörungen (bis 31 %) und seelische Erkrankungen, die sich überwiegend körperlich ausdrücken, aber keine organische Schädigung zeigen (somatoforme Störungen, bis 32 %) (Goebel, 2003).

### **Psychotherapeutische Maßnahmen beim Leiden am Tinnitus**

Psychologische Therapien wirken sicher am günstigsten nach einer medizinischen Aufklärung und Hinführung in Kombination mit medizinischen Hilfsmitteln, etwa zum Ausgleich einer vorhandenen Schwerhörigkeit, und übenden Verfahren, allen voran einer angeleiteten Hörtherapie (Hesse, 2008; Goebel, 2001, 2003; Schaaf & Holtmann, 2002).

Lerntheoretische Ansätze und Modelle sind gut geeignet, die Faktoren zu beschreiben, die den einmal in die Wahrnehmung getretenen Tinnitus zum Leiden werden lassen können und zu analysieren, was das Leiden aufrecht erhält und zeigen dabei eine starke Evidenzbasierung (Stufe I) und eine hohe Wirksamkeit (Kröner-Herwig, 2005).

Sie konzentrieren sich auf die Verbesserung der Bewältigungsfertigkeiten

- 1.eine Entkatastrophisierung der Tinnitusymptomatik
- 2.die bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung
- 3.durch den Erwerb von Copingfähigkeit (Ablenkung, positive Selbstverbalisierung)

Ziele sind

- eine Unterstützung des Habituationsprozesses
- eine Verringerung der psychischen Problematik
- eine Erhöhung der Tinnitusakzeptanz.
- die Erarbeitung einer positiven Alternative („Reframing“)

Ziel der psychodynamischen Ansätze kann sein, die im Tinnitus-Leiden ausgedrückten psychogenen Belastungen und Konflikte zu verstehen und zu bearbeiten. Das besondere Interesse liegt auf den bei dem Patienten ausgelösten Gefühlen und nonverbalen (nicht-sprachlichen) Botschaften, die dann im Therapiefortschritt diagnostisch und therapeutisch genutzt werden können.

### ***Verständigung auf die gemeinsame Arbeitsgrundlage***

Für eine Psychotherapie bei Tinnitus-Patienten – ob verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch – muss meist erst eine Arbeitsgrundlage und ein Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Therapeuten erarbeitet werden. Dabei muss der Therapeut Kenntnisse und Verständnis für die organischen Anteile des Tinnitus-Leidens haben und diesem Aspekt Zeit einräumen. Er muss sich dabei auf die meist anderweitig erbrachte HNO-Kompetenz verlassen können, was in der Dynamik oft aber erst etabliert werden muss (Schaaf et al., 2002).

Es muss Konsens sein, dass die angebotene Therapie zwar keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung (Voraussetzung des Tinnitus, z.B. Hörsturz) hat, jedoch das Ausmaß der psychischen Belastung beeinflussen kann.

Für die tiefenpsychologische Behandlung des Leidens am Tinnitus betonen Ermann (2004) und Rudolf (2000) die Notwendigkeit einer „aktiven, antwortenden“ Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Im Erstkontakt und in der initialen Phase der Therapie kommt dabei der Strukturierung der Begegnungssituation und der Angstminderung eine große Bedeutung zu.

Zur angemessenen Handhabung der therapeutischen Beziehung mit diesen Patienten gehören:

- Annahme der Hilferwartung, Auffangen des damit verbundenen Erwartungsdrucks.
- Vermeidung konfrontativer Deutungen, stattdessen sympathisches Verstehen und Tragen.
- Vorsicht beim Ansprechen affektiver Spannung in der Beziehung, und wenn dann möglichst mit der Verknüpfung einer entängstigenden und damit entlastenden kognitiven Zuordnung.

### ***Kognitive Therapie***

Svitak, Rief und Goebel haben (2001) die Grundzüge einer kognitiven Therapie beim chronisch dekompenzierten Tinnitus unter Verwendung der „Rational-emotiven Therapie“ nach Ellis, der „kognitive Therapie“ nach Beck sowie von Elementen aus dem „Stress-Impfungstraining“ von Meichenbaum systematisch, ausführlich und nachlesenswert dargestellt.

Die Arbeitsgrundlage dieses Ansatzes ist, dass das Ausmaß der individuellen Belastung nicht so sehr von der Qualität und der objektivierbaren Lautheit des Tinnitus abhängt, sondern dass ungünstige Einstellungen oder kognitive Prozesse die individuelle Tinnitusbelastung moderieren.

Dabei sind verhaltenstherapeutische Modelle und Manuale [siehe v.a. Delb et al. (2002); Kröner-Herwig (1997)] bei der Erklärung der Aufrechterhaltung der Symptome und der entsprechenden Therapie hilfreich und evaluiert.

### ***Psychodynamische Therapieansätze***

Die Arbeitsgrundlage des psychodynamischen Ansatzes ist ebenfalls, dass das Ausmaß der individuellen Belastung nicht so sehr von der Qualität und der objektivierbaren Lautheit des Tinnitus abhängen, sondern dass für den Patienten unbewusste oder neurotisch fixierte Konflikte, ein Nachlassen der Abwehrmechanismen oder eine Überforderung (auch Traumatisierung) die individuelle Tinnitusbelastung entscheidend bestimmen können.

Die Interaktionsmuster, die beim Anderen und beim Untersucher in der Begegnung deutlich werden, werden – als Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene – diagnostisch und therapeutisch genutzt.

Ermann (2004) weist darauf hin, dass Patienten bei Somatisierungserkrankungen in der therapeutischen Beziehung ihre anhaltenden Entwicklungsmängel erneut erleben und darstellen. So können Behandlungsphasen entstehen, in denen die Patienten ihre Eigenständigkeit aufgeben, Abhängigkeit erleben und den Kontakt zu den Therapeuten auf der Ebene der sprachlichen Erwachsenenkommunikation einschränken. Dies könnte vom Therapeuten als Stillstand in der Behandlung missverstanden werden, bei dem das Geschehen vorübergehend nicht mehr vom sprachlichen Dialog, sondern von der unmittelbaren gegenseitigen Anwesenheit in Form einer unsymmetrischen Objektbeziehung bestimmt wird.

Im tiefenpsychologischen Verständnis wird dabei oft deutlich, dass Patienten mit einer Somatisierungsstörung mit psychovegetativen Störungen zunächst ein „gutes Mutterobjekt“ in einer eher aktiv-strukturierenden Verhaltensweise braucht, um seine Angsttoleranz zu festigen und auszubauen.

Durch diese Art des speziellen Beziehungsangebotes ergeben sich zwei Gegenübertragungsfallen, die es möglichst zu vermeiden gilt:

- Zum einen kann es beim Therapeuten zu einer Aktivierung seines „kriminalistischen Spürsinns“ in dem Bemühen kommen, die psychischen Hintergründe oder den affektiven Gehalt der vorgetragenen Symptomatik zu beweisen (Sherlock-Holmes-Syndrom). Die Gefahr ist dann groß, wenn die beschriebene Tendenz des Patienten zur körperlichen Klagsamkeit als Widerstand, aber nicht als Beziehungsangebot verstanden wird. Dann könnte sogar eine reale Schwerhörigkeit missdeutet werden als Frage, warum jemand nicht mehr hören wolle.
- Zum anderen kann je nach Temperament des Untersuchers die körperbezogene Beharrlichkeit der Patienten entweder zu Gleichgültigkeit, Überdruß und Aufgabe oder zur aggressiv-gereizten Gegenübertragungsablehnung führen (siehe auch Herrmann, 2008).

Bei beiden Gegenübertragungsreaktionen ist besonders auf den Wiederholungsaspekt zu achten. Fast regelhaft finden sich eben solche Erfahrungen dieser Patienten bei den Begegnungen mit somatisch tätigen Ärzten, nicht selten aber auch in ihrer Biographie.

Ein Erkennen dieser Gegenübertragungsablehnung und deren angemessene Handhabung schützt so den Patienten vor weiterer Krankheitsodyssee und kann zugleich den Einstieg in die psychotherapeutische Aufarbeitung darstellen. Eine forcierte Abstinenzhaltung mit unsymmetrischer Kommunikation hingegen verunsichert und gefährdet das Arbeitsbündnis.

Dies einschätzen zu können ist wichtig, weil in der Behandlung Entwicklungen oft mit besonderer Heftigkeit unter dem Schild von Körpersymptomen verlaufen können, für die die Patienten immer wieder somatische Ausschlussuntersuchungen oder diagnostische Eingriffe verlangen. Dies kann als ein auf Psychotherapie angelegtes Arbeitsbündnis stark belasten. Dann kommt es darauf an, die körperlichen Signale als Spuren biographisch bedingter Fixierung zu verstehen und als „Sprachersatz“ und in kommunikativer Funktion zu werten. So müssen in der therapeutischen Arbeit deutlich werdende Beziehungskonflikte als Konflikte um Körperlichkeit bearbeitet werden.

### **Plädoyer für ein störungsspezifisches Vorgehen**

Auch aus psychotherapeutischer Sicht sind viele Tinnitus-Patienten mit einer kundigen und empathischen Beratung gut versorgt. Gezeigt hat sich, dass die Wirksamkeit des von den HNO-Ärzten empfohlenen Counselling überwiegend auf die kognitiven Therapieelemente zurückzuführen ist (Kröner-Herwig, et al., 2000). Vermutet werden darf, dass approbiertes Psychotherapeuten die kognitive Arbeit geschulter und professioneller angehen können als dies von einem Organmediziner erwartet werden kann. Voraussetzung ist eine ausreichende Kenntnis der Tinnitus-Problematik, wie sie manulsiert von Delb et al. (2002) und Kröner-Herwig (1997) angeboten wird.

Als entscheidend für den langfristigen Therapieerfolg sind diejenigen Maßnahmen zu sehen, die die Selbsteffizienz des Betroffenen nachhaltig stärken und ihn zur selbständigen Weiterführung des Erlernten motivieren können.

Aus der stationären klinischen Erfahrung hat sich gezeigt, dass die meisten Patienten mit einem (somatisierenden) Leiden am Tinnitus davon profitieren, (zumindest initial) kompetent neurootologisch untersucht und begleitet zu werden und im Rahmen ihrer Psychotherapie erst einmal beim Symptom „abgeholt zu werden“.

Dennoch zeigt sich oft, wie auch bei den in dieser Studie untersuchten Patienten mit einem relevanten psychogenen Leiden, dass sich bei Tinnitus-Patienten keine „Teufelskreisläufe“ im Kopf drehen, sondern dass sie oft vor - für sie selbst - kaum wahrnehmbaren Problemen und Konflikten stehen, die in aller Regel einen lebensgeschichtlichen Hintergrund haben. Dies aufzugreifen zeigt sich bei der weiteren Bearbeitung in der Einzel- und Gruppentherapie als indiziert.

In dem stationären Therapiesetting in der Tinnitus Klinik Arolsen wurden die Patienten (von 1994) bis 2007 in geschlossen Gruppen von dem gleichen Psychotherapeuten in der Einzel- und Gruppentherapie über vier bis acht Wochen betreut und durch (für noch einen andere Gruppe gleichzeitig zuständigen) Arzt sowie Hör- und Bewegungstherapeuten bei einem integrativ tiefenpsychologisch- verhaltenstherapeutischen Vorgehen mit Fokus auf die Tinnitus- und Hörsymptomatik unterstützt.

Dies erwies sich als deutlich wirksamkeitssteigernd in Bezug auf eine wirksame verhaltenstherapeutische Referenzklinik, wie ein Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2006, der sich auf den Tinnitusfragebogen nach Goebel (1998) sowie eine zusätzlich psychologische Testdiagnostik (SCL-R 90 und BDI) stützt, ausweist.

So zeigte sich bei N= 747 Patienten für den Gesamtzeitlauf des Jahres 2006 bei Behandlungsbeginn ein Tinnitus-Gesamtscore von 47,2, der nach der stationären Therapie auf 31,8 reduziert werden konnte und somit eine Effektstärke von klinisch hochwirksamen 0,93 zeigte. In der Referenz-Klinik konnte die Tinnitusbelastung von N= 216 Patienten von durchschnittlich 48,6 auf 35 gesenkt werden mit einer Effektstärke von 0,71 (QM-Bericht der Schönkliniken: Vergleich für 2006 in Bad Arolsen und Prien).

Beachten muss man bei der Bewertung, dass dieses Vorgehen personell deutlich besser besetzt war, was sicher unabhängig von der Methode und das Ergebnis beeinflusst. Zudem war es etatmäßig deutlich teurer, weswegen es nicht beibehalten wurde.

Unserer Erfahrung hilft das tiefenpsychologische Vorgehen

- bei aller notwendigen Kenntnis der Neurootologie und der lerntheoretisch zu verstehenden aufrechterhaltender Faktoren
- und über den Einsatz auch der Psychoedukation und des Überprüfens der Hörerfahrung in situ hinaus

vor allem bei den „schwierigen“ Patienten, die sich auf der bewussten Ebene nicht – etwa auf das Manual – „einlassen können“ und ihre Not nur oder überwiegend über das Symptom ausdrücken können.

Durch die (zunächst vermutete und manchmal erst zunehmend deutlich werdende) Kenntnis der Lebensgeschichte und unter (auch supervidiert und in Balintgruppen erweiterter) Reflexion des Beziehungsgeschehens erhöht sich das Verständnis für den Patienten und damit auch die Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit.

#### Literatur

- Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Hrsg.). (1998). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. (2. Aufl.). Ber: Huber.
- D'Amelio, R., Archonti, C. & Scholz, S. (2004). Psychological distress associated with acute tinnitus. HNO, 52(7), 599-603.
- Delb, W., D'Amelio, R., Archonti, C. & Schonecke, O. (2002) Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Dölberg, D., Schaaf, H. & Hesse, G. (2008) Tinnitus bei schizophren vorerkrankten Patienten. HNO, 56(7), 670-693.
- Eichenberg, C. (2008). Bedeutung der Medien für klinisch-psychologische Interventionen. In B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 503-530). Berlin: Springer.
- Ermann, M. (2004). Somatisierung. In M. Ermann (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage* (4. Aufl.) (S. 233-235). München: Kohlhammer.
- Franz, M., Ballo, H., Heckrath, C., Schneider, C., Schmitz, N., Löwer-Hirsch, M., West-Leuer, B., Hirsch, M. & Ott, J. (2005). Tinnitus als soziale Infektion. Tinnitus als Indikator eines dekompenzierten Gruppenprozesses innerhalb einer Organisation. *Psychotherapeut*, 50(5), 318-327.
- Goebel, G. (Hrsg.) (2001). *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus* (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- Goebel, G. (2003). Tinnitus und Hyperakusis. (Fortschritte der Psychotherapie. Manual für die Praxis. Bd. 20). Göttingen: Hogrefe.
- Goebel, G. & Hiller, W. (1998). Tinnitus – Fragebogen. Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus (Manual). Göttingen: Hogrefe.
- Hallam, R.S., McKenna, L. & Shurlock, L. (2004). Tinnitus impairs cognitive efficiency. *Int J Audiol*, 43(4), 218-226.
- Hesse, G. (2008). Die Neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie. HNO, 56 (7), 686-693.
- Herrmann, M. (2008). Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen in hausärztlichen Praxen Sachsen-Anhalts. Vortrag auf der 59. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Freiburg, 14.03.2008.
- Hesse, G., Rienhoff, N.K., Nelting, M. & Laubert, A. (2001). Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. *Laryngol Rhinol Otol*, 80 (9), 503-508.
- Jäger, B., Hesse, G., Nelting, M. & Lamprecht, F. (1998). Die psychosomatische Begutachtung des dekompenzierten, chronisch-komplexen Tinnitus. *Der Medizinische Sachverständig*, 6, 187-191.
- Jäger, B. Malewski, P., Matschke, R.G., Lamprecht, F. (2005) Verlauf der Erkrankungsschwere und Prognosemöglichkeit des Tinnitus über zwei Jahre. In F. Petermann (Hrsg.), *Assessments und Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation* (S. 161-189). Regensburg: S. Ruderer-Verlag.
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (1993). A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. *Br. J. Audiol*, 27(1) 7-17.
- Konzag, T.A., Rubler, D., Bandemer-Greulich, U., Frommer, J. & Fikentscher, E. (2005). Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. *Z Psychosom Med Psychother*, 51(3), 247-260.
- Kröner-Herwig, B. (2005). Psychologisch fundierte Interventionen bei chronischem Tinnitus. In E. Biesinger (Hrsg.), *HNO-Praxis heute*, Band 25; Schwerpunktthema: „Tinnitus“ (S. 125- 136). Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B. (1997). *Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus*. Weinheim: Beltz.
- Kröner-Herwig, B., Biesinger, E., Gerhards, F., Goebel, G., Greimel, V. & Hiller, W. (2000). Retraining therapy for chronic tinnitus. A critical analysis of its status. *Scand Audiol*, 29(2), 67-78.
- Olderog, M., Langenbach, M., Michel, O., Brusis, T. & Köhle, K. (2004). Prädiktoren und Mechanismen der ausbleibenden Tinnitus-Toleranzentwicklung – eine Längsschnittstudie. *Laryngo Rhino Otol*, 83 (1), 5-13.
- Pilgramm, M., Rychlik, R., Lebesch, H., Siedentop, H., Goebel, G. & Kirchoff, D. (1999). Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. *HNO aktuell*, 7(4), 261-265.
- QM-Bericht der Schoen-Kliniken für das Berichtsjahr 2006. [Online] [http://www.schoen-kliniken.de/transparenz/open\\_download.php?pdf=schoen-kliniken-pruefstand-Psychosomatik.pdf](http://www.schoen-kliniken.de/transparenz/open_download.php?pdf=schoen-kliniken-pruefstand-Psychosomatik.pdf)
- Rudolf, G. (1996). *Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Schaaf, H. & Hesse, G. (2004). *Tinnitus: Leiden und Chance* (2. Aufl.). München: Profil.
- Schaaf, H. & Hesse, G. & Nelting, M. (2002). Die Zusammenarbeit im TRT-Team. Möglichkeiten und Gefahren. HNO, 50 (6), 572-577.
- Schaaf, H. & Holtmann, H. (2002). *Psychotherapie bei Tinnitus*. Stuttgart: Schattauer.
- Schaaf, H. & Seling, B. (2002). Not verschafft sich Gehör. HNO Nachrichten, 8 (4), 16-19.
- Schmidt, A., Lins, U. & Wetscher, I. (2004). Counselling versus Gruppentherapie beim chronischem Tinnitus. HNO, 52(3), 242-247.
- Stobik, C., Weber, R.K., Munte, T.F. & Frommer, J. (2003). Psychosomatische Belastungsfaktoren bei kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53(8), 344-352.
- Svitak, M., Rief, W. & Goebel, G. (2001). Kognitive Therapie des chronisch dekompenzierten Tinnitus. *Psychotherapeut*, 46(5), 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(1), 109-130.



**Helmut Schaaf & Christiane Eichenberg (2008) Psychosomatische Ansätze beim Leiden am Tinnitus (Summary und Auszug)**

**Ein Plädoyer für ein störungsspezifisches Vorgehen ZPPM & 6(4) 43-57**

**Dr. med. H Schaaf**

**Oberarzt der Tinnitus Klinik Dr Hesse  
und des Ohr- und Hörinstitut Hesse(n)  
im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen**

**Grosse Allee 50**

**34454 Bad Arolsen**

**Tel.: 05691 800 330**

**E-Mail: [DrHSchaaf@t-online.de](mailto:DrHSchaaf@t-online.de)**

**[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)**

**Dr. Christiane Eichenberg, Diplom-Psychologin  
Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik  
- Klinische Psychologie und Psychotherapie -  
Universität zu Köln  
Höninger Weg 115  
50969 Köln  
Tel.: +49/221/4706290  
Fax: +49/221/4705034  
E-Mail: [eichenberg@uni-koeln.de](mailto:eichenberg@uni-koeln.de)**