

HNO

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Deutsche Akademie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Elektronischer Sonderdruck für H. Schaaf

Ein Service von Springer Medizin

HNO 2010 · 58:999–1003 · DOI 10.1007/s00106-010-2180-0

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

H. Schaaf · U. Gieler

TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus

TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus

Belastender Tinnitus macht sich gewöhnlich durch psychopathologische Auffälligkeiten bemerkbar. Die Therapie muss die Schwere der psychischen Belastung durch den Tinnitus berücksichtigen. Dabei ist die Erfassung von Therapieerfolgen bei Tinnituspatienten z. T. schwierig, da die Therapie häufig aus verschiedenen Ansätzen in Kombination besteht. Zur validierten Testdiagnostik gehört der Tinnitus-Fragebogen nach Goebel u. Hiller.

Klassischer TRT-Ansatz

Tinnituspatienten werden im englischsprachigen Raum vorwiegend durch die von Jastreboff u. Hazell 1993 konzipierte Tinnitus-Retraining Therapie (TRT) versorgt [27, 28]. Dieses als „klassisch“ verstandene TRT-Konzept besteht initial aus

- einem ausführlichen Anamnesegespräch mit Erhebung der Besonderheiten der Hörverarbeitung,
- audiologischer und allgemeinmedizinischer Diagnostik,
- einem umfassenden Beratungsgespräch, in dem die Befunde erklärt werden und der Patient über die Zusammenhänge zwischen Hörverarbeitung, Hirnfunktionen und besonderer Bewertung von Ohrgeräuschen aufgeklärt wird. Dabei ist die Gesprächsführung direktiv darauf ausgerichtet, den Tinnitus in seiner Bedrohlichkeit zu relativieren.
- Meist wird eine Geräuschtherapie („sound therapy“) eingesetzt und der Patient angeleitet, Umgebungsgeräusche oder speziell angepasste

Rauschgeräte („noise-generators“) zu verwenden.

- Bei Folgeterminen werden je nach Notwendigkeit, anfangs einmal monatlich, dann alle 3 Monate bis zu einer Dauer von 2 Jahren, jeweils die aktuelle Situation und die Belastung durch den Tinnitus abgeklärt.

Ausgeschlossen von diesem Behandlungskonzept werden Patienten mit psychosomatischer Komorbidität, denen stattdessen eine psychiatrische Behandlung empfohlen wird [24].

Die dazu publizierten Therapieergebnisse von Jastreboff u. Hazell [28] sowie 2007 von Madeira et al. [35] und 2009 von Forti et al. [12] belegen zwar signifikante Erfolgszahlen (meist über 80% Besserung), besonders für Counselling mit Geräteunterstützung, aber die Ergebnisse sind oft nicht valide gemessen [23]. Parameter wie „Tinnituswahrnehmung“ oder „Tinnitusbelastung“, mit visuellen Analogskalen gemessen und oftmals direkt vom Behandler suggestiv abgefragt, entsprechen nicht den validen Messinstrumenten, wie sie mit dem Fragebogen nach Goebel u. Hiller [15] oder den Tinnitus-Handicap-Inventories [39] vorliegen.

Psychische Komorbidität

Belastender Tinnitus ist i. Allg. mit psychopathologischen Auffälligkeiten assoziiert [16, 32]. Gesichert ist eine hohe psychische Komorbidität bei stationär behandelten Patienten mit dekompenziertem Tinnitus, was allerdings auch die Bedingung dafür darstellt, dass die Indikation zur stationären Psychotherapie gestellt

werden konnte, wie jüngst Heinecke et al. [19] 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%; [16, 17, 43, 44]), selten gar schizophrene Erkrankte [11].

Hingegen fanden Konzag et al. [31], Repik [40] und Schmidt [49] bei einem ambulanten Patientengut mit chronischem Tinnitus deutlich mehr Patienten ohne psychiatrische Komorbidität. In unserer jüngsten Untersuchung von 2010 galt dies für etwa 50% der Rat- und Behandlungssuchenden der Arolser Spezialambulanz [44]. Ambulante Tinnituspatienten weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Hinblick auf somatoforme Störungen sehr wohl eine hoch signifikant stärkere Belastung auf [26, 31].

➤ Entscheidend ist das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung durch den Tinnitus

Ebenfalls weisen ambulante Tinnituspatienten – so Konzag [31] – eine signifikant erhöhte Belastung hinsichtlich Angststörungen auf, während sich bei den depressiven Störungen keine signifikanten Unterschiede zur „normalen Inzidenz“ von Depressionserkrankungen zeigt. Dennoch erwies sich die Depressivität (als Faktor, nicht als vollständiges Krankheitsbild) als einflussreichster Faktor für eine hohe Tinnitusbelastung, sodass auch Weber et al. [54] die depressive Symptomatik als hin-

Tab. 1 Stufenschema in Anlehnung an die ADANO-Leitlinie nach Goebel 2004 [16]

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

weisend für die Indikation zu einer Psychotherapie sehen.

Die Dauer des Tinnitusgeschehens ist dabei nicht die entscheidende Komponente des Leidens, sondern das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung [7, 31].

Habituationstherapie bei chronischem Tinnitus

Im deutschsprachigen Raum tragen die empfohlenen ambulant und stationär durchgeführten Habituationstherapien der psychogenen Zusatzkomponente beim Leiden am Tinnitus Rechnung und sehen daher durchweg die Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz vor. Dabei wird für die HNO-Ärzte als Basis die neurootologische Diagnostik, ggf. eine apparative Versorgung und ein Counselling angesehen.

Die Validierung von Therapien bei chronischem Tinnitus ist methodisch schwierig, da es sich bei diesen Therapien i. d. R. um multimodale Ansätze mit hörtherapeutischen und kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen handelt, die zudem häufig durch Entspannungstechniken ergänzt werden. Therapieerfolge können daher immer nur für das gesamte „Therapiepaket“ gemessen werden.

Placebotherapien oder gar Doppelblindstudien sind kaum möglich. Als Kontrollgruppen dienen daher in allen methodisch gut strukturierten Gruppen Normalkollektive oder „Wartegruppen“, d. h. Patienten, die auf einen Therapieplatz warten. Allerdings unterstellt dies, dass die Patienten in dieser Zeit auch gar nichts therapeutisch unternehmen, was jedoch häufig nicht zutrifft. Nur durch

strukturierte und validierte Fragebögen lassen sich Therapieerfolge messen, dann kann trotz dieser beschriebenen methodischen Schwierigkeiten eine Evidenz erfasst werden.

Mit dem Tinnitus-Fragebogen nach Goebel u. Hiller [15], auch in seiner inzwischen zur Verfügung stehenden Kurzform [25], steht dem HNO-Arzt eine praxistaugliche Screeningmethode für die Erfassung der wichtigsten psychischen Faktoren zur Verfügung. Goebel [16] hat daraus seine Vorschläge abgeleitet (■ **Tab. 1**).

Bei „Tinnitusträgern“ ohne Leidensdruck und leichten Tinnituschweregraden kann durch alleiniges Counselling in kurzer Zeit eine relevante Tinnitushabituation erreicht werden [16, 31, 40, 44]. Als wirksam erwiesen haben sich für diesen Schweregrad teilweise schon

- Selbsthilfemanuale [30],
- Internet-Counselling [31],
- Anleitungen zur Aufmerksamkeitsumlenkung und Entspannung [5, 14].

Realistisch muss allerdings konstatiert werden, dass das Counselling Zeit, Motivation beim Patienten, Überzeugungsarbeit und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist – i. d. R. – bei den Kapazitäten der normalen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Sprechstunde kaum möglich.

Zusammen mit psychotherapeutischen Elementen werden gesicherte Erfolge auch bei höherer Tinnitusbelastung nachweisbar [32]. Dabei können auch kürzere als die ursprünglich von Jastreboff veranschlagten Zeiten von 18 Monaten ausreichen [9]. D'Amelio et al. [8] haben eine regelrechte Kurzzeitherapie mit nachhaltiger Wirkung für Patienten bis

Tinnituschweregrad II nach Goebel beschrieben.

Mazurek [37] und Seydel [48] berichten über eine ambulante 7-tägige Initialbehandlung mit Nachbetreuung bei 192 Patienten in der Tinnitusambulanz der Charité. Sie ergänzten die neurootologische Aufklärung und Beratung um die progressive Muskelrelaxation als Entspannungstechnik (PMR), Physiotherapie, Vorträge, eine Anleitung zur aktiven Aufmerksamkeitsumlenkung und repetierend Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Therapieerfolge wurden mit dem Tinnitus-Fragebogen gemessen, als Kontrolle dienten die Werte der 45 Patienten auf der Warteliste. Aus der insgesamt 7 Tage dauernden ambulanten Initialbehandlung mit Nachbetreuung resultierte eine signifikante, sowohl kurzzeitige als auch lang anhaltende Verbesserung der Belastung durch den Tinnitus und durch andere psychische Störungen.

Psychotherapie

Finden die primär HNO-ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten bei entsprechender psychischer Belastung ihre Grenzen, kann die ambulante oder stationäre Psychotherapie indiziert sein. Fachgerecht durchgeführt ist Psychotherapie keineswegs nur ein intensiveres oder erweitertes Counselling, sondern – wie Strotzka [51] ausführt:

- ein bewusster und geplanter „interaktioneller“ Prozess,
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln und
- einem definierbaren Ziel (z. B. Symptominderung)
- mittels lehrbarer Techniken.

Für eine Psychotherapie bei Tinnitusleidenden muss meist erst eine Arbeitsgrundlage geschaffen und ein Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Therapeuten erarbeitet werden [46, 52]. Als Konsens gilt als vereinbart, dass eine Psychotherapie keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung hat, jedoch das Ausmaß der psychischen Belastung beeinflussen kann.

HNO 2010 · 58:999–1003 DOI 10.1007/s00106-010-2180-0
© Springer-Verlag 2010

H. Schaaf · U. Gieler

TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus

Zusammenfassung

Grundbedingungen und Ergebnisse sowohl der Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) als auch anderer Habituationstherapien mit psychotherapeutischen Ansätzen bei der Behandlung des Tinnitusleidens werden in diesem Literaturüberblick untersucht. Im deutschsprachigen Raum wird generell über die klassische TRT nach Jastreboff u. Hazell hinaus eine Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz vorgeschlagen. Auf der Grundlage validierter Testdiagnostik wie des Tinnitus-Fragebogens nach Goebel-Hiller (1998) ist ein derartiges Therapieregime wirksamer als die „klassische“ Vorgehensweise. Kognitive Elemente der Verhaltenstherapie haben sich im Rahmen verschiedener Therapieansätze – auch als Bausteine des TRT so-

wie als integrierte Angebote in psychodynamische Therapien – als wirksam erwiesen. Kritisch beachtet werden muss, dass bei allen Studien über die Auswahl- und Einschlusskriterien selektive Prüfbedingungen geschaffen wurden, die nahelegen, dass jeweils unterschiedliche Patientengruppen untersucht wurden. In der Gesamtschau zeigt sich, dass ein nach Hörsituation und Tinnitus Schweregrad gestuftes, störungsorientiertes Vorgehen sinnvoll ist.

Schlüsselwörter

Tinnitus-Retraining-Therapie · Tinnitus, chronischer · Komorbidität, psychosomatische · Habituation, psychophysiologische · Psychotherapie

TRT and psychotherapy in the treatment of tinnitus

Abstract

Basic requirements and results of tinnitus retraining therapy (TRT) as well as other habituation therapies with psychotherapeutic approaches in the treatment of tinnitus are examined closely in this literature review. In German-speaking countries experts generally aim for involvement of psychotherapists beyond the classic TRT developed by Jastreboff and Hazell. On the basis of a validated diagnostic test such as the Tinnitus Questionnaire according to Hiller and Goebel (1998), such a therapy regime is more effective than the “classic” procedure. Under different treatment approaches, cognitive behavioural therapy elements have been proven to be effective—even as a component of the TRT—as

well as integrated variants in psychodynamic therapies. We have to give consideration to the fact that in all studies about the selection and inclusion criteria selective test conditions were established which suggest that in each case diverse patient groups were studied. In the overall picture it becomes apparent that depending on the severity of the tinnitus and accompanying hearing problems a dysfunction-oriented and staged approach makes sense.

Keywords

Tinnitus retraining therapy · Tinnitus, chronic · Comorbidity, psychosomatic · Habituation, psychophysiological · Psychotherapy

Als kassenärztliche Leistung anerkannt sind die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Psychotherapieverfahren. Lerntheoretische Ansätze und Modelle konzentrieren sich dann auf die Verbesserung der Bewältigung durch

- eine Entkatastrophisierung der Tinnitus-symptomatik,
- die bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung
- durch den Erwerb von Copingfähigkeit (Ablenkung, positive Selbstverbalisierung).

Psychodynamische Psychotherapien verstehen psychische Erkrankungen als Folge aktueller Auslöser, Belastungen und Konflikte vor dem Hintergrund einer vorangegangenen subjektiven Biographie. Ziel einer psychodynamischen Psychotherapie sollte es sein, die im Tinnitusleiden ausgedrückte 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 [45].

Es gilt als gesichert, dass – unabhängig von der angewandten Therapiemethode – in erster Linie die Schwere der Störung und die Struktur des Patienten und in zweiter Linie die Therapeuten-Patienten-Beziehung den Erfolg der Therapie bestimmen. Beide Faktoren sind deutlich gewichtiger als die angewandte Methode [3, 34].

➤ In erster Linie bestimmen die Schwere der Störung und die Struktur des Patienten den Therapieerfolg

Randomisierte kontrollierte Studien – überwiegend für kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Vorgehensweisen – erbrachten einen Effektivitätsnachweis im Sinne der kassenärztlichen „Nutzungserwartung“ [32]. Zachriat u. Kröner-Herwig [56] zeigten, dass selbst 2 Jahre nach Therapieende die Wirksamkeit ihrer Tinnitus-therapie im Sinne der Beeinträchtigungsminderung fast ohne Einbußen bestehen blieb.

Goebel et al. [17] beschrieben eine Kattannesestudie mit 500 stationären Tinni-

tuspatienten, die 1988–1992 durchschnittlich 6–9 Wochen lang mit dem Schwerpunkt kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden. Dabei waren im Vergleich zu einer Wartegruppe auch noch nach einem, 2 und 12 Jahren Verbesserungen festzustellen. Wie wichtig dabei eine poststationäre Weiterführung der Therapie vor Ort ist, wurde durch eine Studie von Graul et al. [18] verdeutlicht. Je länger der Aufenthalt zurücklag, desto geringer blieb die aktive Nutzung der erlernten Bewältigungsstrategien.

Die seit 2005 wiederholt publizierte Cochrane-Metaanalyse von Martinez-Devesa et al. [36] beschreibt die Wirksamkeit für die kognitive Verhaltenstherapie bei der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, was in weiteren Einzelstudien, wie zuletzt von Robinson et al. [41], unterstrichen wurde.

Verwundern könnte, dass Martinez-Devesa et al. [36] keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Depressivität fanden. Schaut man sich aber das Design der analysierten Studien an, klärt sich der Widerspruch ebenso wie deren begrenzte Aussagekraft auf. So fanden sich die Versuchsteilnehmer aus dem ambulanten, also weniger stark betroffenen Bereich, nachdem sie aktiv einem meist öffentlich ausgedienten Angebot zugestimmt hatten. Damit unterscheiden sich diese Patienten, wie auch McFerran u. Baguley [38] kritisch anmerken, wahrscheinlich von den allermeisten Tinnitusbetroffenen. Anders als im stationären Bereich durften sie aber auch keine wesentlichen psychischen Beeinträchtigungen aufweisen, was mindestens einer 2-fachen Selektion entspricht.

Unter diesen Sonderbedingungen wurde bei den – schon vorab für das Therapieverfahren motivierten – Teilnehmern eine Verbesserung hinsichtlich des Symptoms erzielt, aber logischerweise keine relevante Besserung hinsichtlich einer nicht vorhandenen Komorbidität.

Dies schmälert nicht die Aussage, dass die überprüften Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie bei Tinnitusbetroffenen wirksam sind. Deswegen sind sie, sowie sie in den Manualen von Kröner-Herwig [33] und Delb [10] publiziert sind, sinnvolle Bausteine jeder seriösen Tinnitusstherapie. Als „Angebot“ an das vom Patienten vorgebrachte Symptom

können sie auch in ein primär psychodynamisches Vorgehen integriert werden [57]. Das Leiden am Tinnitus kann dann symptomatisch als Ausdruck der für den Betroffenen nicht anders hörbaren und verstehbaren psychogenen Not gesehen und bearbeitet werden [45].

Nicht zulässig ist es, aus der oben skizzierten Metaanalyse von Studien mit sehr eingeschränktem Studiendesign einen Überlegenheitsanspruch der kognitiven Verhaltenstherapie für die Umsetzung etwa in der ambulanten Einzeltherapie oder im klinischen Alltag abzuleiten.

Wissenschaftlich unbefriedigend bleibt, dass Vertreter der psychodynamischen Therapien bislang über Kasuistiken hinaus [13, 47, 53] keine evaluierten Untersuchungen zum Evidenznachweis bei Tinnitus vorgelegt haben.

Indirekt konnte der Nutzen eines psychodynamischen Ansatzes, der kognitiv verhaltenstherapeutische Elemente beinhaltet, in einer stationären Qualitätsevaluation nachgewiesen werden [45]. So wurden Tinnituspatienten von 1994–2007 in einem stationären Therapiesetting in geschlossenen Gruppen von demselben Psychotherapeuten in der Einzel- und Gruppentherapie über 4–8 Wochen bei einem integrativ tiefenpsychologisch-verhaltenstherapeutischen Vorgehen mit Fokus auf die Tinnitus- und Hörsymptomatik betreut. Dies erwies sich 2006 mit einer Effektstärke von 0,93 noch wirksamer als eine verhaltenstherapeutische Referenzklinik (Effektstärke von 0,71; [50]).

Für den Therapeuten haben sich seit langem die Balint-Gruppen für ein besseres Gelingen der Arzt-Patienten-Beziehung in der psychosomatischen Grundversorgung bewährt. Sie können in diesem Zusammenhang hilfreiche Ansätze darstellen, um das Leiden am Tinnitus auch für die Behandler verständlicher und damit erträglicher zu gestalten!

Zusätze oder Einstiegshilfen?

Verschiedene Zusatzelemente, insbesondere zu verhaltenstherapeutischen Verfahren, werden eingesetzt, um den Brückenschlag zwischen sinnvoller Psychotherapie und betroffenen Patienten leichter und besser gelingen zu lassen. Weise et al. [55] sowie Heinecke et al. [19] berichten

über die Erfolge auf Biofeedback gestützter Verfahren.

Cramer [5, 6] entwickelte eine tinnituszentrierte Musiktherapie (TIM), basierend auf den Bausteinen Hörberatung, sensorisch-integrative Musiktherapie, musikunterstützte Tiefenentspannung und individuelles Hörtraining auf CDs. Argstatter et al. [1] beschrieben akustische und therapeutische Module, die in Form von spezifischen musiktherapeutischen Techniken umgesetzt werden. Cope [4] und Ross [42] behandelten Patienten u. a. hypnotherapeutisch und verzeichneten dabei deutliche Therapieerfolge.

Alle stützen sich – sinnvollerweise – auf eine grundlegende Beratung sowie kognitive Therapieelemente und schließen psychisch relevant Betroffene weitestgehend aus.

➤ Alle Ansätze stützen sich auf eine grundlegende Beratung

Vermutet werden darf, dass insbesondere bei Patienten mit somatischem Krankheitsmodell die Einsicht in die biopsychosoziale Bedingtheit und Aufrechterhaltung des Tinnitus und damit den Übergang zu einer psychosomatischen Krankheitsweise erleichtert werden kann.

Fazit für die Praxis

Fachgerecht stellt sich die Therapie des Tinnitusleidens als stufenweises Vorgehen dar,

- abhängig von den Implikationen der Hörsituation, wie dies Hesse [22] in den Grundlagen für eine neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie beschrieben hat, und
- abhängig von der – in aller Regel psychisch zu verstehenden – Schwere der Erkrankung [16].

Unabdingbar ist, nach einer ausreichenden neurootologischen Diagnostik die Grundlage des Tinnitusgeschehens mit dem Patienten zu besprechen, um so einerseits im Sinne Jastreboffs eine „Entmystifizierung“ zu ermöglichen und zum anderen neurootologisch und psychosomatisch die Grundlage für eine Habituation zu legen. Darauf aufbauend können

psychotherapeutische Behandlungen indiziert und wirksam sein.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Schaaf
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
hschaaf@tinnitus-klinik.net

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur (Auswahl)

3. Clarkin JF, Levy KN (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5. Aufl.) Wiley, New York, S 194–226
5. Cramer A (2002) Grundlagen und Möglichkeiten der Musik- und Klangtherapie als Behandlungsmaßnahme bei Tinnitus. Dohr, Köln, S 370
7. D'Amelio R, Archonti C, Scholz S (2004) Psychological distress associated with acute tinnitus. HNO 52:599–603
8. D'Amelio R, Archonti C, Wobrock T et al (2005) Die Tinnitusambulanz an der HNO Klinik. In: Biesinger E (Hrsg) HNO-Praxis heute, Bd 25, Schwerpunktthema „Tinnitus“. Springer, Heidelberg 61–83
9. 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
10. Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke O (2002) Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Hogrefe, Göttingen
13. Franz M, Ballo H, Heckrath C et al (2005) Tinnitus als soziale Infektion. Tinnitus als Indikator eines dekompensierten Gruppenprozesses innerhalb einer Organisation. Psychotherapeut 50:318–327
15. Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus-Fragebogen (TF). Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus. Hogrefe, Göttingen
16. Goebel G, Büttner U (2004) Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. Psychoneuro 30:322–329
17. 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 126:s556, 70–79
18. 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(1):73–81
21. Hesse G (2010) Innenohrschwerhörigkeit, Tinnitus (Kap. 6) In: Med Update (Hrsg) Handbuch HNO Update 2009, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
22. Hesse G (2009) Tinnitus – Hinweis für psychische Erkrankungen? Laryngorhinootologie 88:2–3
23. Hesse G (2008) Die neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie. HNO 56:686–693
24. Hesse G (2008) Tinnitus. Thieme, Stuttgart
25. Hiller W, Goebel G (2004) Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. Int J Audiol 43:600–604
26. Hiller W, Elfant S, Markgraf J et al (1997) Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. Z Klin Psychol 26:226–234

27. Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. Br J Audiol 27(1):7–17
31. 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(3):247–260
32. Kröner-Herwig B (2005) Psychologisch fundierte Interventionen bei chronischem Tinnitus. In: Biesinger E (Hrsg) HNO-Praxis heute, Bd 25, Schwerpunktthema „Tinnitus“. Springer, Heidelberg, S 125–136
33. Kröner-Herwig B (1997) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Belz, Weinheim
34. Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Vandenhoeck, Göttingen
35. Madeira G, Montmirall C, Decat M (2007) TRT: Results after one year treatment. Rev Laryngol Otol Rhinol 127:145–148
37. Mazurek B, Seydel C, Haupt H et al (2009) Integrierte Tinnitusintensivbehandlung: Verringerung der tinnitusbedingten Belastung während einer 1-Jahres-Katamnese. Gesundheitswesen 71(1):35–40
38. McFerran DJ, Baguley DM (2009) Is psychology really the best treatment for tinnitus? Clin Otolaryngol 34(2):99–101
39. Newman CW, Sandridge SA, Bolek L (2008) Development and psychometric adequacy of the screening version of the tinnitus handicap inventory. Otol Neurotol 29(3):276–281
52. Svitak M, Rief W, Goebel G (2001) Kognitive Therapie des chronisch dekompensierten Tinnitus. Psychotherapeut 46(5):317–325

Das vollständige Literaturverzeichnis...

... finden Sie in der html-Version dieses Beitrags im Online-Archiv auf der Zeitschriftenhomepage www.HNO.springer.de

Andreas Mayer
Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik
München : reinhardt 2010, 151 S., (ISBN 978-3497021222), 19,90 EUR

Lese- und Rechtschreibstörungen (LRS) gehören mit bis zu 4–8% zu den häufigsten Teilleistungsstörungen von Grundschulern, die sich oft schon im Vorschulalter als eine Sprachentwicklungsverzögerung abzeichnen. Der Autor beschreibt in seinem Buch „Gezielte Förderung bei Lese- und Rechtschreibstörungen“ aus der Reihe „Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik“ die wissenschaftlich fundierten Voraussetzungen des Leseprozesses bzw. Schriftspracherwerbs, bei denen auch die verschiedenen Phasen, wie z.B. die alphabetische und orthographische Strategie erläutert werden. Ferner stellt er Risikofaktoren für die Ausbildung einer LRS, wie z.B. Schwächen in der phonologischen Bewußtheit oder Defizite im Wortschatz oder der Grammatik dar. Im 2. Abschnitt werden diagnostische Verfahren sowie Therapieansätze aufgezeigt. Für meine Begriffe hätte hier auch noch detaillierter auf die Erfolgsaussichten einer LRS-Therapie eingegangen werden können. Dieses sehr empfehlenswerte Werk richtet sich an alle Personen, die an der Förderung von Patienten mit einer LRS beteiligt sind, d.h. Erzieher, Lehrer, Logopäden, Phoniater und Eltern.

R. Reiter, Ulm