

Leitlinie Tinnitus und die leidige Frage nach dem geeigneten Vorgehen

Nachuntersuchungs-Ergebnisse einer stationären, neurootologisch fundierten und psychosomatischen Tinnitus-Therapie

Auszugsweise vorgetragen auf dem Klinikvertretertreffen im Februar 2016 in Kassel

von Dr. Helmut Schaaf und Prof. Dr. Gerhard Hesse

Bei einem komplexen Tinnitus-Leiden kann eine Therapie, die auf der Basis der HNO-Heilkunde (neurootologisch) aufbaut und mit psychotherapeutischer Kompetenz anknüpft, nachhaltig erfolgreich sein. Die dafür notwendige und sehr individuell ausgerichtete Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber lohnend. Der Nachteil der derzeit gültigen Leitlinie „Tinnitus“ ist es, nur anzuerkennen, was als evidenzbasiert gilt. So gilt laut der Leitlinie von 2015 die therapeutische Wirksamkeit eines stationären Aufenthalts auf den Leidensdruck „nur als schwach bis mäßig und mittels randomisierter Studien bisher nicht ausreichend nachgewiesen“. Dr. Helmut Schaaf und Prof. Dr. Gerhard Hesse stellen das stationäre, neurootologisch fundierte und psychosomatische Therapiekonzept der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse vor und präsentieren die Ergebnisse ihrer Nachuntersuchung.

Einleitung

Das Leiden am Tinnitus kann viele Ursachen, meist Hörveränderungen und -einschränkungen, und viele aufrechterhaltende Faktoren haben. Im Idealfall kann eine auf die Betroffenen eingehende Aufklärung, verbunden mit einer hilfreichen Maßnahme, zu einem besseren Umgang mit dem Tinnitus führen. Das können oft schon ein Hörgerät, manchmal eine Hörtherapie und die Anwendung der Progressiven Muskelentspannung (PMR) sein. Dennoch kann der Tinnitus bei einem Teil der Betroffenen als anhaltend und nicht durch HNO-ärztliche Bemühungen zu verbessern erlebt werden. Die dabei empfundenen Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und psychischen Veränderungen können unter anderem durch Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Tinnitus, negative Bewertungen, ungünstige Verhaltensweisen und Vermeidungsverhalten in einem negativen Kreislauf aufrechterhalten werden (Weise, 2011).

Sind dann die zunächst anzustrebenden ambulanten Therapiemöglichkeiten ausge-

schöpft, kann eine stationäre Therapie hilfreich sein. Schwerer leidende, psychosomatisch stärker belastete Patienten müssen manchmal zuerst stationär psychosomatisch behandelt werden.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind dabei auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben angelegt. Die meist deutlich besser honorierten und damit auch besser ausgestatteten psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken zielen auf die Behandlung des Leidens und der zugrundeliegenden oder aufrechterhaltenden psychischen Erkrankungen ab.

Eine Zwischenstellung nehmen ambulante oder teil-stationäre TRT-Einheiten (Tinnitus-Retraining-Therapie) über mehrere Tage ein für Betroffene, die nicht unter „sehr schwerem Tinnitus leiden und keine schweren psychischen Beeinträchtigungen“ haben.

Anstoß zu dieser Untersuchung waren Ausführungen in der 2015 publizierten Leitlinie Tinnitus, AWMF 2015. Dort wurde die

therapeutische Wirksamkeit eines stationären Aufenthalts auf den Leidensdruck „nur als schwach bis mäßig und mittels randomisierter Studien bisher nicht ausreichend nachgewiesen“ eingeschätzt. Zudem sollte das stationäre Vorgehen auf ein bestimmtes manualisiertes Vorgehen, de facto der kognitiven Verhaltenstherapie, festgelegt sein.

Ziel dieser Nachuntersuchung war es herauszufinden, ob es über die schon 2015 „trotzdem nachweisbare“ Wirksamkeit unseres nicht leitlinienkonformen stationären Vorgehens hinaus (Schaaf und Hesse, 2015) auch langfristig stabile Effekte gibt.

In der Vergangenheit hatten Nelting et al. (1999), Hesse et al. (2001), Horn und Follert (2001), Goebel et al. (2006) und Graul et al. (2008) mit unterschiedlichen Ansätzen über Nachuntersuchungs-Ergebnisse im Tinnitus-Fragebogen berichtet. Goebel und Graul haben darüber hinaus auch psychologische Testergebnisse ausgewertet, sodass ihre Publikationen zum Vergleich und zur Diskussion dienen können. Beide arbeiten auf der Grundlage eines – wesentlich von Goebel entwickel-

ten – kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manuals (Handbuchs). Dabei waren die personellen Ausstattungen in dem von Graul berichteten Rehabilitationsrahmen in Bad Bramstedt deutlich eingeschränkter als in der Klinik Roseneck in Prien und in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse.

Unser Therapiekonzept

Wir behandeln auf einer fundierten neurootologischen Grundlage Tinnitus-, Hyperakusis- und Schwindel-Patienten. Darauf ansetzend und aufbauend zielt die personell aufwendige und fachlich abgesicherte Therapie auf eine Verbesserung des Hörvermögens und gegebenenfalls des Gleichgewichtssystems sowohl apparativ als auch erlebnisorientiert in der Hörtherapie. Verbunden ist dies mit einem schulenübergreifenden psychotherapeutischen und psychosomatischen Ansatz. Dieses Vorgehen – ohne die Festlegung auf ein Manual – kann seinem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden, bei der im Behandlungsteam neurootologische Maßnahmen mit psychosomatischen und psychotherapeutischen Ansätzen Hand in Hand gehen. Behandelt werden auch und gerade Tinnitus-Patienten mit Schwerhörigkeit, aber auch mit Schwindel. Möglichst nicht aufgenommen wurden Patienten mit einer Suchterkrankung.

Die Grundelemente der durchgeführten stationären Behandlung werden in Tabelle 1 erläutert.

Patienten und Vorgehensweise

Zwischen dem 1. Oktober 2009 und dem 31. September 2014 wurden in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse fortlaufend 406 Patienten mit komplexem Tinnitus-Leiden behandelt. Diese wurden gebeten, zu Beginn und am Ende der Therapie zur Abschätzung der Tinnitus-Belastung den Mini-Tinnitus-Fragebogen nach Hiller-Goebel (2004) (Mini-TF12) und zur Abschätzung der Angst und Depressionskomponente die deutsche Version des Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS) auszufüllen. Im November 2015 wurden 327 Patienten angeschrieben und gebeten, den beigelegten Fragebogen (kann in der TF-Redaktion angefordert werden) sowie den Mini-TF12 und HADS ausgefüllt zurückzuschicken. Nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden 79 Patienten, die – eingewiesen durch die Berufsgenossenschaft oder eine Unfallkasse – ein durch einen Unfall ausgelöstes Leiden aufwiesen, das therapeutisch kaum beeinflussbare aufrechterhaltende Faktoren hätte beinhalten können. Dies unterscheidet unsere Patientengruppe wahrscheinlich von den Reha-Patienten, über die Graul 2008 berichtete.

Ergebnisse und Diskussion

Bei einer mit 52 Prozent akzeptablen, wenn auch nicht ganz so guten Rücklaufquote wie bei Goebel (2006) und Graul (2008) zeigte sich in unserer Nachuntersuchung zu beiden eine vergleichbare Patienten-zusammensetzung hinsichtlich des Alters (56), des Überwiegens des männlichen Geschlechts (67 Prozent) und der Verweildauer von 39 Tagen.

Ausgeprägter als bei der Rehabilitationsbehandlung bei Graul (2008) und ähnlich wie bei der stationären Psychotherapie bei Goebel (2006) ließ sich im Durchschnitt eine anhaltende Verbesserung der Tinnitus-Belastung sowie der Angst- und Depressionskomponente ermitteln. Dies blieb, wie bei Goebel (2006), auch noch weit über den stationären Aufenthalt hinaus stabil, bei uns im Durchschnitt 38,5 Monate. Wie bei Goebel (2006) und Graul (2008) profitieren die schwerer belasteten Tinnitus-Patienten ausweislich des Tinnitus-Fragebogens noch besser als „der Durchschnitt“. Die Tinnitus-Belastung nahm bei diesen, wie ebenfalls bei Goebel 2006, sogar auch nach der Entlassung – im Durchschnitt – noch weiter ab.



Durchgeführte Behandlungselemente

1. Morgendliche Aktivierung mit Bewegung (Walking im Wechsel mit Tai-Chi-Übungen).
2. Tägliches neurootologisches Counselling und Psychoedukation (30 Minuten) in einer Zehner-Gruppe.
3. Eine auf die individuelle Störung ausgerichtete Hörtherapie, in der die Teilnehmer auch an Höreindrücke und Hör-Empfindungen herangeführt werden, die ungünstige Reaktionen ausgelöst hatten, um dabei das Vertrauen in die Hörfähigkeit zu festigen und verschiedene Trigger habituieren zu können.
4. Entspannungstraining (PMR).
5. Neurootologische und psychosomatische Befunderhebung und Verlaufskontrolle mit für den Patienten verständlicher ärztlicher Besprechung (in der Gruppe und einzeln mindestens einmal die Woche).
6. Mindestens zweimal Einzeltherapie und dreimal Gruppenpsychotherapie pro Woche beim selben Psychotherapeuten mit
 - kognitiver Umstrukturierung der Tinnitus verstärkenden Gedanken,
 - Expositionsübungen mit vorbereiteter und unterstützter, gestufter Konfrontation mit den einzelnen angst- und Tinnitus auslösenden Reizen,
 - soweit möglich: kritischer Auseinandersetzung mit der Funktion des Tinnitus, auch der für den Patienten unbewussten Anteile,
 - meistens: Motivierung zur weiteren ambulanten Psychotherapie.
7. Wenn nötig: Besprechen der Möglichkeit von Antidepressiva und Einsatz meist von SSRIs

Tab. 1: Grundelemente der durchgeführten stationären Behandlung.

Für die psychisch schwerer belasteten Tinnitus-Patienten zeigt sich – bei Goebel 2006 in der sogenannten „Symptomen Checkliste“ (SCL-R 90), bei uns im HADS – in den Testergebnissen für Angst und Depressionen ebenfalls eine weitere Verbesserung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Abb. 1, Tab. 2).

Individueller „pro Patient“ ausgewertet unterscheidet Goebel (2006) zwischen „Winners“ (starke Verbesserung), „Responder“ (leichte Verbesserung), „Non-Responder“ (kaum Verbesserung) und „Loser“ (Verschlechterung) auf Grundlage der Veränderungen des von ihm etablierten Tinnitus-Fragebogens (Abb. 2). Nach Übertragung auf den von uns benutzten Mini-Tinnitus-Fragebogen (Mini-TF12) blieb der Anteil der „stark Verbesserten“ mit 84 Prozent und der „Verbesserten“ mit weiteren zehn Prozent – auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt – stabil. Die Zahl der kaum Verbesserten blieb mit 4,1 Prozent niedrig und lediglich zwei verschlechterten sich. Zum Vergleich berichtet Goebel über 27,5 Prozent „Winner“ und 11,8 Prozent „Responder“.

Patienten mit deutlicher Verbesserung im Tinnitus-Fragebogen, aber mit Verschlechterung über dem Grenzwert im HADS

17 Patienten hatten sich nach der Therapie und zum Nachuntersuchungszeitpunkt hinsichtlich der Symptombelastung gebessert, zeigten aber gleichzeitig erhöhte Werte im HADS. Dabei zeigten 16 eine „starke Verbesserung“ (Winner) und einer eine „leichte Verbesserung“ im Tinnitus-Fragebogen. Die Werte im HADS zeigten sich zu Beginn und zum Ende der Therapie etwas höher als in der Gesamtgruppe und stiegen dann am Ende – als Folge dieser spezifischen Selektion – stark an.

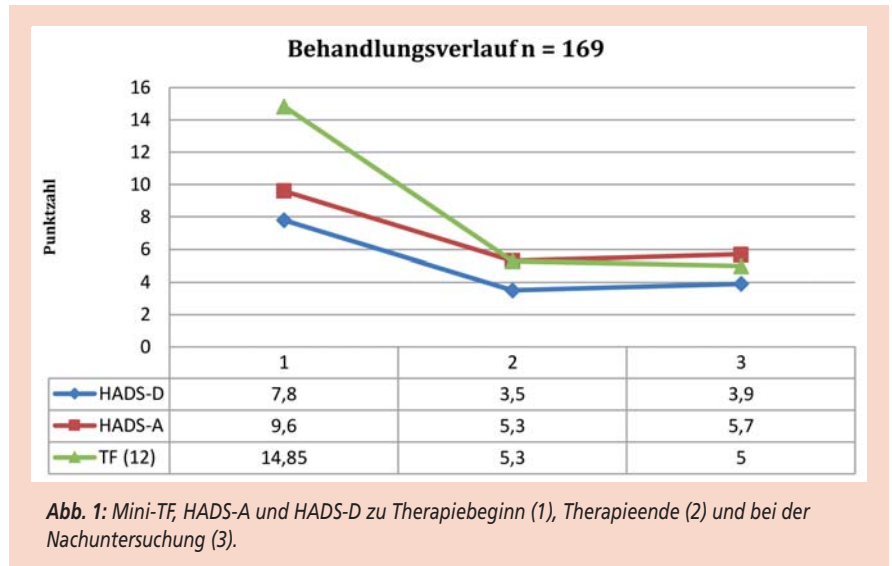


Abb. 1: Mini-Tf, HADS-A und HADS-D zu Therapiebeginn (1), Therapieende (2) und bei der Nachuntersuchung (3).

Diese 17 Patienten unterschieden sich im Durchschnitt nicht wesentlich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer, des Nachuntersuchungszeitraums, der Audiometrie-Befunde, der Tinnitus-Belastung und des Alters, die Geschlechtszusammensetzung verschob sich etwas zugunsten des weiblichen Geschlechtes. Die Angaben zu den als wirksam empfundenen Faktoren während der Therapie waren ebenso vergleichbar mit der Gesamtgruppe wie die Art der ambulant weiter durchgeführten Maßnahmen.

Was hat aus Sicht der Patienten während des stationären Aufenthaltes geholfen?

Als hoher Wirkfaktor in der Therapie wird von unseren Patienten die – stationär sicher sehr viel intensiver als ambulant mögliche – neurootologische Aufklärung angegeben (Abb. 3). Wir verstehen dies als notwendige Basis für eine nachhaltige Tinnitus-Bewältigung, die auch die noch besseren Ergebnisse

als bei Goebel (2006) und Graul (2008) erklären könnte.

Wie bei Goebel (2006) und Graul (2008) war die Belastung mit Depressions-, Angst- und Somatisierungsstörungen bei unseren Patienten zu Beginn der Behandlung sehr viel höher als in der Allgemeinbevölkerung, aber auch als bei ambulant untersuchten Tinnitus-Patienten (Konzag, 2005). Obwohl die überwiegende Anzahl der bei uns aufgenommenen Tinnitus-Patienten bei Beginn der Therapie vermutete, dass der – organisch empfundene – Tinnitus die Ursache ihrer psychischen Beeinträchtigungen sei, schätzten 88 Prozent die Wirksamkeit der Psychotherapie.

37 Prozent empfanden die Wirksamkeit der Antidepressiva als bedeutend. Tatsächlich machen antidepressive Medikamente Sinn, wenn sich bei oder durch den Tinnitus eine ernsthafte, auch die Habituation behindernde Depression oder Angsterkrankung einstellt. Auf der Modellebene der Hörverar-

Gesamt bei n = 169	Therapiebeginn	Therapieende	Nachuntersuchung
HADS D 0-7 (n = 87)	4,7	2,3	4,0
HADS D 8-20 (n = 82)	11,1	4,9	4,0
HADS A 0-9 (n = 84)	6,6	3,9	5,4
HADS A 10-20 (n = 85)	12,5	6,7	6,1

Tab. 2: Aufteilung der HADS-Werte unter und über dem jeweiligen Grenzwert (cut-off) zur Zeit des Therapiebeginns, des Therapieendes und der Nachuntersuchung.

beitung ist dabei durchaus vorstellbar, dass durch das erhöhte Serotoninangebot die überwiegend hemmenden Synapsen (Hörfilter) in der Hörbahn verstärkt werden können. Dann kann – auch deswegen – der Tinnitus in seiner Lautheit abnehmen. Die größten Erfolge können erzielt werden, wenn Psychotherapie und Antidepressiva aufeinander abgestimmt eingesetzt werden können.

Hörsituation – Hörgeräteversorgung

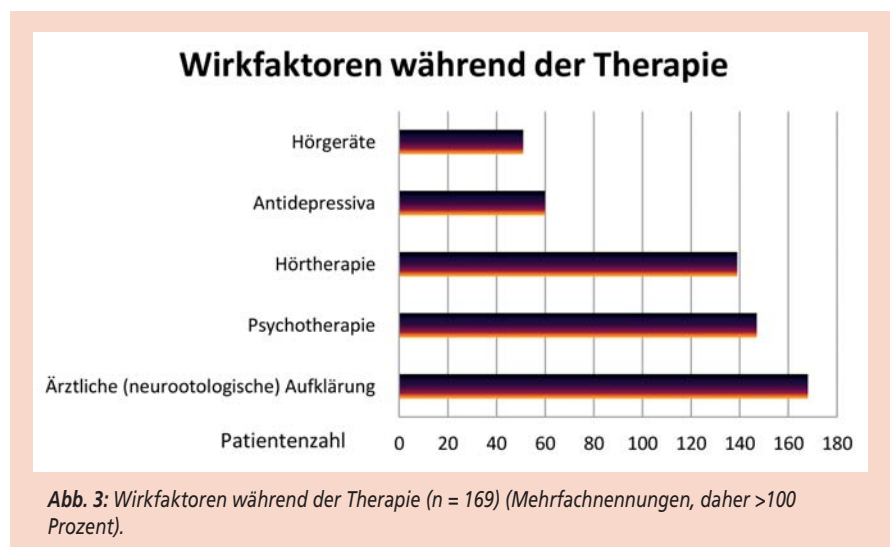
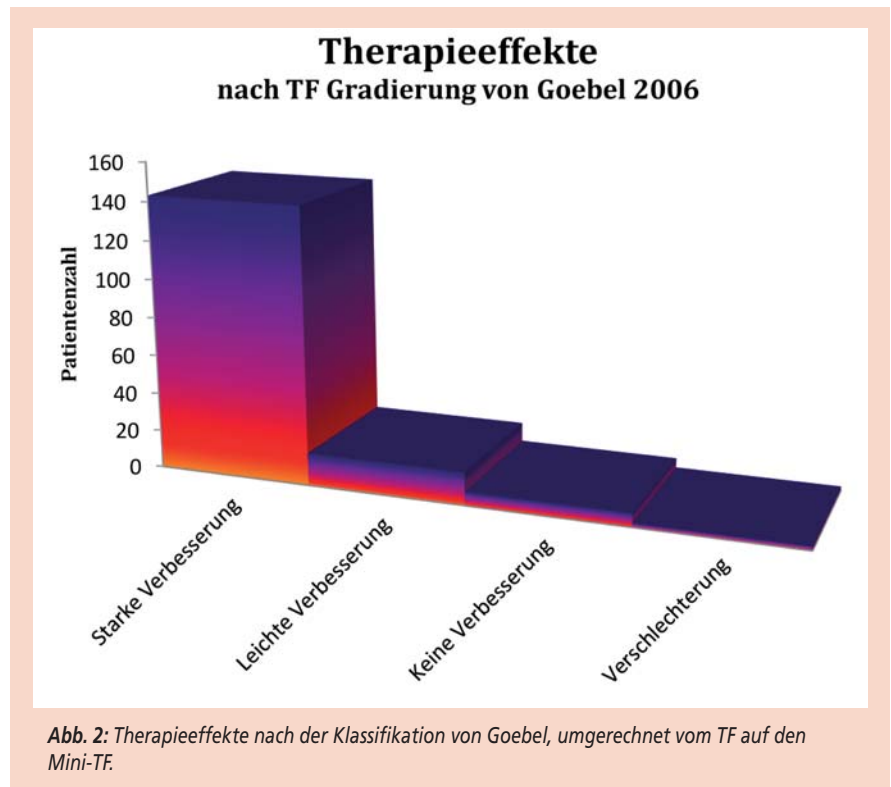
Vergleichbar mit unseren vorhergehenden Studien (Nelting, 1999; Hesse, 2001; Schaaf et al., 2009 und 2014) und anders als bei Graul (2008) und Goebel (2006), fand sich bei uns wieder eine hohe Anzahl von bedeutenden Höreinschränkungen (Abb. 4). Dies hat nach unserer Auffassung und Erfahrung parallel zur psychischen Bearbeitung eine große therapeutische Bedeutung.

Vielen psychosomatischen Kliniken fehlen sowohl personell als auch infrastrukturell die Möglichkeiten der apparativen Hörverbesserung. Deswegen müssen diese Patienten oft von dem für sie nicht zugeschnittenen manualisierten verhaltenstherapeutischen Programm, in der Regel in sogenannten Indikationsgruppen, ausgeschlossen werden oder profitieren absehbar nicht davon.

Wir haben die Möglichkeit, mit einer frühzeitigen Hörgeräte-Versorgung zu beginnen und diese durch eine intensive Hörtherapie zu unterstützen. Damit können nicht nur die Kommunikationsmöglichkeiten verbessert werden, sondern es ist auch zusätzlich möglich, über eine Verstärkung und Vergrößerung des akustischen Angebotes den Tinnitus in den Hintergrund treten zu lassen und damit die Habituation zu fördern. 42 Prozent der Patienten, die einen bedeutenden Hörverlust aufwiesen, gaben an, schon wesentlich von der Versorgung mit Hörgeräten profitiert zu haben. Als hilfreich erlebt wurde zudem von 82 Prozent das konkrete Bearbeiten wichtiger, ganz konkreter Situationen in der Hörtherapie. Dabei wird erfahren, wie die den Tinnitus auslösenden oder verstärkenden Situationen besser bewältigt werden können (Hesse und Schaaf, 2012).

Was wurde nach der stationären Therapie ambulant umgesetzt?

Im Sinne einer Rückfallprophylaxe ist es



sinnvoll, dass die in der Therapie als hilfreich empfundenen Ansätze ambulant weitergeführt werden. Sowohl zur Reduktion der Tinnitus-Wahrnehmung, des Gefühls der Selbstwirksamkeit wie auch zur Vorsorge von erneut ungünstigen Verhaltensweisen haben wir während der Therapie sehr auf die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson gesetzt. Diese wurde von 54 Prozent der Patienten in der Nachbefragung weitergeführt.

Da die psychische Komponente beim Tinnitus-Leiden – anders als von den Patienten zu Beginn eingeschätzt – eine überragende Rolle spielt, werten wir es schon als Erfolg, dass die Psychotherapie während der Therapie als wirksam erlebt wurde. Noch günstiger ist, dass 47 Prozent auch ambulant psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen haben (Abb. 5).

Nach unserer Kenntnis hat bisher nur Graul laut einer persönlichen Mitteilung im Anschluss an die von ihm untersuchte stationäre Rehabilitationsbehandlung nachgefragt, ob und welche therapeutischen Elemente weitergeführt wurden. Von 120 angeschriebenen Personen nach 13 Monaten antworteten 42. Davon gab nur ein Drittel (14) an, überhaupt etwas weitergeführt zu haben. Von sechs Personen wurde die ausschließliche Weiterbetreuung durch den HNO-Arzt gewählt (43 Prozent), fünf suchten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung auf beziehungsweise setzten diese fort.

Dass auch unsere Patienten die Hörtherapie nur in elf Prozent weitergeführt haben, ist sicherlich vor allem dem Umstand geschuldet, dass diese kaum ambulant angeboten wird.

Zurück zu den beiden Ausgangsfragen

1. Kann eine stationäre Tinnitus-Therapie wirksam sein?

Es ist ein Qualitätsmerkmal der Leitlinie Tinnitus, wirksame Faktoren in der Therapie benannt zu haben. So ist in den vielen, sehr unterschiedlich ausgerüsteten und spezialisierten Kliniken ein manualisiertes Vorgehen sicher günstiger als eine Behandlung „wie bei anderen psychosomatischen Krankheiten“.

Unzutreffend ist, wie wir mit unserem Ansatz sowie Goebel (2006) und Graul (2008) mit ihrem Vorgehen belegen können, dass die therapeutische Wirksamkeit eines stationären Aufenthalts „schwach bis mäßig“ sei. Da eine „Doppelblindgruppe“ (weder Patienten noch behandelnde Mediziner wissen, wer welche Therapie erhält) während einer stationären Therapie zum Wirknachweis weder vertretbar noch möglich ist, sollte hier die belegte, anhaltende Wirksamkeit als Nachweis gelten.

2. Liegt der Erfolg (allein) im Manual? Die „leid-liniege“ Frage nach dem geeigneten Vorgehen

Ungünstig und nicht sachgerecht ist, sich bei aller Sinnhaftigkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen und daraus nutzbarer Elemente alleine und ausschließlich auf diese als das (einzig mögliche) manualisierte Vorgehen festzulegen. Unsere

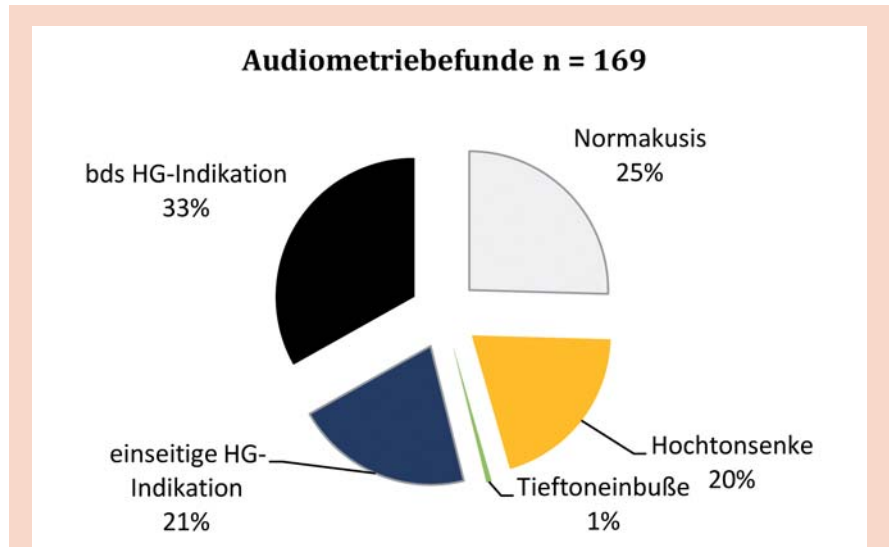


Abb. 4: Verteilung der Hörbefunde bei den Nachuntersuchungs-Patienten (n = 169).

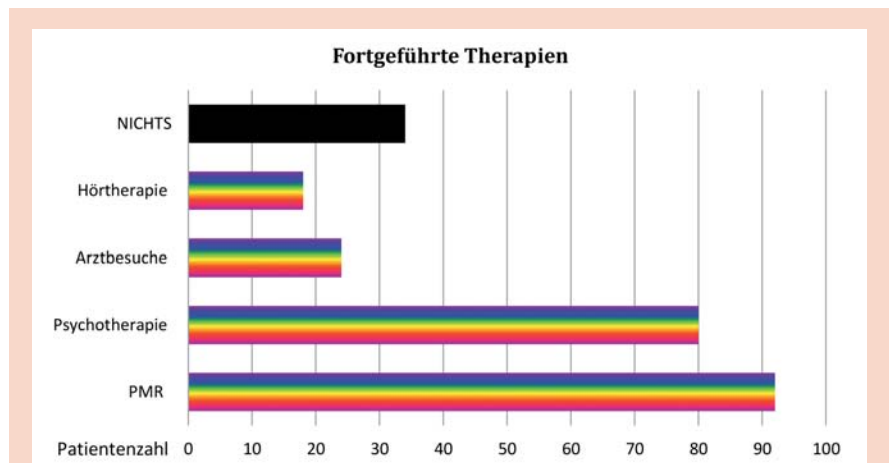


Abb. 5: Was haben Sie „zu Hause“ weiter durchgeführt und was machen Sie jetzt noch? (Mehrfachnennungen, daher >100 Prozent).

Ergebnisse zeigen, dass es anders geht und speziell für unsere Patientenzusammensetzung auch noch bessere Ergebnisse ermöglicht werden.

Dabei ist es ein nicht hoch genug einzuschätzendes Verdienst der kognitiven Verhaltenstherapie, die Wirksamkeit ihrer Vorgehensweise bei der Verbesserung der Lebensqualität der untersuchten Tinnitus-Betroffenen nachgewiesen zu haben. Gleichzeitig lohnt sich auch ein Blick auf das Zustandekommen dieser Erfolge:

- So wurden in der ausschlaggebenden Studie Tinnitus-Betroffene aus dem ambulanten Bereich untersucht, nachdem sie

sich aktiv auf einen öffentlich ausgeschriebenen Aufruf hin gemeldet hatten.

- Dabei durften sie – anders als im stationären Bereich – keine wesentlichen psychischen Beeinträchtigungen aufweisen.

Dies entspricht mindestens einer zweifachen Selektion. Zudem haben sich motivierte Patienten vorab auf die angegebene Vorgehensweise und das ihr zugrunde liegende Modell eingelassen, was nach unserer Erfahrung oft erst „erarbeitet“ werden muss.

Unter diesen Sonderbedingungen konnte eine Verbesserung hinsichtlich des Symptoms erzielt werden, aber logischerweise kei-

ne relevante Besserung hinsichtlich einer nicht vorhandenen psychischen Beeinträchtigung. So unterscheiden sich diese Teilnehmer von sehr vielen schwerer unter Tinnitus leidenden Patienten. Sie unterscheiden sich aber auch von denen, deren Hauptproblem eine nicht versorgte Schwerhörigkeit sein könnte.

Dabei ist es legitim und sinnvoll, für die jeweiligen therapeutischen Möglichkeiten Bedingungen zu formulieren und zu schaffen, in denen die Therapie wirksam werden kann. Das dient dem Erfolg derer, die dazu passen und beugt dem Misserfolg der anderen vor. In ihren TRT-Einheiten schließen beispielsweise Seydel und Mazurek (2015) „sehr schwer am Tinnitus Leidende und Patienten, etwa mit ‚major depression‘“, aus.

Im stationären Rahmen benennt Goebel (2006) für das von ihm wesentlich entwickelte verhaltenstherapeutische Vorgehen, „dass Patienten mit Psychosen – und schweren psychischen Störungen – nicht teilnehmen können, weil ein gewisses Maß an emotionaler und kognitiver Fähigkeit für die erfolgreiche Teilnahme an dem Programm notwendig ist“. Ebenfalls ausgeschlossen (zumindest von der Auswertung) werden bei Goebel (2006):

- Patienten mit schweren Hörproblemen,
- Epilepsie,
- Patienten mit der Diagnose Morbus Menière sowie
- Substanzmissbrauch.

Auch wir versuchen, möglichst vorab zu erkennen, ob Patienten wegen eines Substanzmissbrauchs besser in einer anderen Klinik behandelt werden sollten, und können ebenfalls keine Patienten mit Psychosen behandeln. Behandelt, aber aus der Untersuchung ausgeschlossen haben wir Patienten, die ein durch einen Unfall ausgelöstes Leiden aufwiesen. Dabei hatten wir die Vorstellung, dass bei noch offenen Ausgleichs- und Gutachtenfragen therapeutisch kaum beeinflussbare Faktoren die Symptomatik aufrechterhalten können, was sich zumindest in der Auswertung bemerkbar machen könnte. Sehr wohl behandeln wir Tinnitus-Patienten mit auch schwereren Hörproblemen, Schwindel, Morbus Menière und auch – eingestellter – Epilepsie.

Auch in unserer Therapie finden sich – im Sinne eines störungsorientierten Vorgehens –

viele Elemente aus der Verhaltenstherapie. Dabei müssen unserer Erfahrung nach die meisten Tinnitus-Patienten beim Tinnitus (neurootologisch) „abgeholt“ werden und dabei erst für ein psychotherapeutisches Vorgehen „gewonnen“ werden. Dabei hilft ein psychodynamisches Verständnis vor allem bei den Patienten, die ihre seelische Not nur oder überwiegend im Tinnitus-Leiden ausdrücken können. Diese können sich oft/meist nicht auf ein manualisiertes Vorgehen, das die Akzeptanz des Ansatzes quasi zur Vorbedingung macht, einlassen. Dann steht erst ein Beziehungsaufbau im Vordergrund, der auch in der Wahrnehmung und Beachtung der Übertragungsreaktionen verstanden werden sollte, damit dann die in der Tat bewährten Elemente – und eben nicht unbedingt die ganze Methode – auch aus der kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen können.

Dabei sollten sowohl die Ärzte als auch die Psychotherapeuten ausreichend motiviert sein, auf diese Art miteinander zu arbeiten

und möglichst auch Erfahrung einbauen können (Schaaf et al., 2002).

Unbefriedigend ist ohne Zweifel, dass die Anwender der psychodynamischen Therapien, die das Leiden am Tinnitus vor allem als Ausdruck einer nicht anders hörbaren und verständlichen psychogenen Not bearbeiten, bislang über (beispielsweise unsere) Fallgeschichten hinaus keine ausreichenden Untersuchungen zum Evidenznachweis bei Tinnitus vorgelegt haben. Dies liegt auch an der individuellen und personenbezogenen Therapiegestaltung, die zwischen zwei Menschen jeweils anders ausfällt. Dennoch könnte man auch hier am Ende überprüfen, ob sich der Symptomdruck gemindert hat – ohne dass etwa stattdessen andere Ausdrucksformen der Angst und Depression gefunden werden.

In diesem Sinne haben wir versucht, unsere Ergebnisse darzustellen, die aber nur in ihrer Gesamtheit und nicht als Nachweis ei-



Honorary Patronage of The President
of the Republic of Poland Andrzej Duda

Warsaw, Poland
22-24 May 2017
Save the Date

We invite your proposals regarding
round table topics and key lectures
at science@its2017.com

ITS XII International Tinnitus Seminar
1st World Tinnitus Congress

President
Prof. Henryk Skarżyński, MD, PhD, dr h.c. multi

Organizers: **WORLD HEARING CENTER** **INSTITUTE OF SENSORY ORGANS** www.its2017.com

nes einzigen, weitestgehend reproduzierbaren Vorgehens gewertet werden können. So verstehen wir unsere guten und stabilen Ergebnisse auch als Folge der personell intensiven Behandlungsmöglichkeiten, die wahrscheinlich nur in einem sehr speziellen Rahmen zu erbringen sind. Dazu gehört auch die Kompetenz erfahrener Therapeuten, die schon lange mit Tinnitus-Patienten arbeiten, bei guten Arbeitsbedingungen und einem Personalschlüssel, wie er kaum in Krankenhäusern des Bedarfsplans oder gar Rehakliniken bereitgehalten werden kann. Aber es gehören auch Patienten dazu, die das Angebot annehmen können. Bei den meisten unserer Patienten bestand eine – oft erst zu erarbeitende – ausreichende bis gute Mitarbeitsfähigkeit, die bei überwiegend psychotherapeutischen Kliniken aufgrund der oft deutlich kränkeren Patienten meist so nicht erreicht werden kann.

Selbst wenn man die zwölf Patienten berücksichtigt, die wegen frühzeitiger Pensionierung, Arbeitswechsel, (überfälliger und selbst gewollter) Trennung vom Partner oder Geburt des eigenen Kindes möglicherweise weniger von der Therapie als von den veränderten Umständen profitiert haben, bleibt die überwiegende Rate der „stark Verbesserten“ und der „Verbesserten“ noch höher als bei Goebel (2006).

Bei den sieben „Non-Respondern“ und zwei „Losern“ bestand sowohl eine relevante Schwerhörigkeit wie eine rezidivierende Depression. Zwei der sieben „Non-Respon-

der“ konnten schon während des Aufenthaltes kaum profitieren und fielen poststationär wieder bis unter die Ausgangswerte zurück. Dennoch gaben auch diese an, von der medizinischen Aufklärung und der Psychotherapie profitiert zu haben, die Hälfte auch von der antidepressiven Medikation und der Hörtherapie. Als entscheidend für den ausbleibenden Therapieerfolg haben wir überwiegend die Schwere der psychischen Störung und in Anteilen eine (durchaus unbewusste) Funktionalität vermutet (die genaue Auswertung dieser Patienten ist Gegenstand einer Dissertation von Weiß).

Eine besondere Auswertung verdienen auch die Patienten mit einer (deutlichen) Verbesserung im Tinnitus-Fragebogen, aber mit einer Verschlechterung in den Angst- und Depressionswerten. Diese 17 Patienten unterschieden sich im Durchschnitt nicht wesentlich von den „objektiven“ Daten der Gesamtgruppe. Der Unterschied lässt sich in den individualisierten, frei zu formulierenden Abschlussantworten vermuten. Dabei zeigen sich neben wenigen, fortschreitenden Hörverlusten und einer zusätzlichen, schweren Erkrankung vor allem alte und neue interaktionelle Konflikte in der Partnerschaft und am Arbeitsplatz, teilweise unter neuen Bedingungen. Zweimal fand sich aber auch eine Verschlechterung beziehungsweise ein Verstärkerverlust nach Freisetzung von der Erwerbsarbeit.

So lässt sich vermuten, dass es während der Therapie gelungen ist, mit dem Tinnitus

besser umzugehen und so ein Stück Symptomlinderung und -besserung zu erreichen. Auch gibt ein Patient an, nicht mehr mit Suizid reagieren zu wollen. Anscheinend konnte dies dennoch nicht ausreichen, um erneuten oder anderen Anforderungen schon mit ausreichenden Bewältigungsmechanismen gegenüberzutreten.

So kann eine am Tinnitus-Leiden ansetzende Therapie dazu beitragen, nicht weiter mit verstärkter Tinnitus-Wahrnehmung zu reagieren. Es wäre aber falsch zu glauben, das Erlernte beim Tinnitus könne alleine „beispielhaft“ oder grundsätzlich für (alle) anderen Konstellationen umgesetzt werden. Möglich ist natürlich auch, dass neue Belastungen (schwere Krankheit, Scheidungskrieg in unterlegener Position) zu übermächtig waren, um nicht erneut Angst- und Depressionsreaktionen nach sich zu ziehen.

Bei aller Diskussion um Therapieansätze darf man nicht vergessen, dass an allererster Stelle des Erfolges die Ausgangssituation des Patienten steht, die sicher nur in Anteilen über den Tinnitus-Fragebogen und etwa den HADS zu erfassen und im Verlauf „zu messen“ ist. In der Psychotherapieforschung ist Konsens, dass an zweiter Stelle das Beziehungsverhältnis zwischen Therapeuten und Patienten den Erfolg ermöglicht oder erschwert (Abb. 6; Luborsky, 1995). Man muss also auch „Lust haben“, mit Tinnitus-Patienten zu arbeiten und zumindest basale Kenntnisse haben – dabei kann ein Manual Hilfestellung geben.

Erst an dritter Stelle steht das (erlernte) Verfahren, bei dem die kognitive Verhaltenstherapie gezeigt hat, dass ihre Elemente wirksam sind, weswegen sie störungsspezifisch auch in anderen Verfahren genutzt werden können und sollten.

Zusammenfassung

Beim komplexen Tinnitus-Leiden kann eine Therapie, die auf neurootologischer und psychotherapeutischer Kompetenz im Verstehen und im Handeln aufbauen kann, nachhaltig erfolgreich sein. Die dafür notwendige und sehr individuell ausgerichtete Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber lohnend. Der Nachteil der derzeit gültigen Leitlinie „Tinnitus“ ist es, in der ihr eigenen Logik nur anzuerkennen, was als evidenzbasiert gilt. So werden auch wirksame

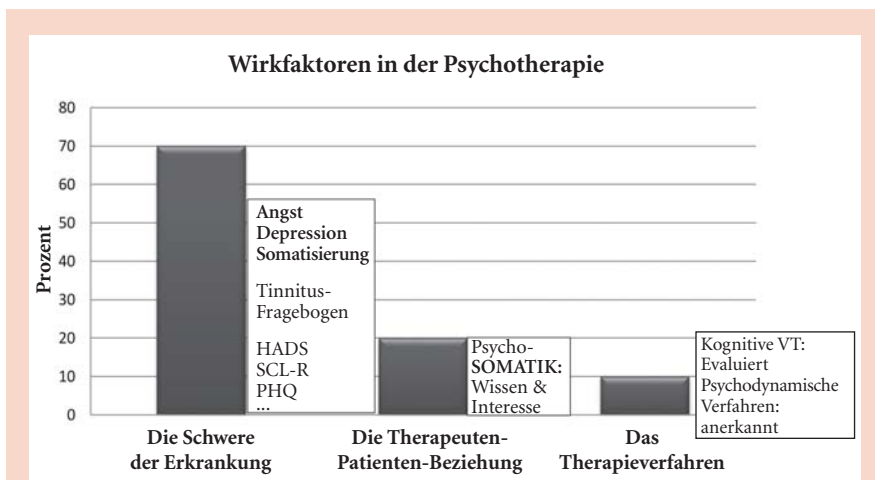


Abb. 6: Was ist ausschlaggebend für eine erfolgreiche Psychotherapie zur Behandlung des Tinnitus-Leidens? Modifiziert nach Luborsky (1995).

Therapiemöglichkeiten – nicht zuletzt in der Wahrnehmung der Kostenträger – ausgeblendet. Dabei ist die Möglichkeit einer Hörverbesserung und der fundierten und professionell abgesicherten neurootologischen Aufklärung und Umsetzung in einer darauf ansetzenden Hörtherapie wichtig.

Will man darüber hinaus die Patienten nicht in einen „Höranteil“ (für die überwiegend HNO-geführten Rehakliniken) und einen „Psychoanteil“ (für die überwiegend verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychotherapiekliniken) aufteilen, sollte an die neurootologische Arbeit eine störungsspezi-

fische und auf den Betroffenen abgestimmte Psychotherapie ansetzen.

Auch die Festlegung auf ein Therapiemanual kann kontraproduktiv und einengend wirken, auch wenn sie in der Ausbildung und als Grundlage in nicht spezialisierten psychotherapeutischen Kliniken sinnvoll sein kann. Ein Alleinvertretungsanspruch ist aber nicht gerechtfertigt.

Das Literaturverzeichnis und der Fragebogen können unter dem Stichwort „Schaaf/Hesse, TF 1/2017“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.



Prof. Dr. med.
Gerhard Hesse



Dr. med.
Helmut Schaaf

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt
der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
und der Gleichgewichtsambulanz
der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net
www.tinnitus-klinik.net
www.drhschaaf.de

Quellen:

Schaaf, H., Weiß, S., Hesse, G.: **Catamnesis results of an inpatient neuro-otologic and psychosomatic tinnitus therapy 1-5 years after discharge.** Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Sep 28. [Epub ahead of print]

Schaaf, H., Gieler, U. und Hesse, G.: Evaluation einer stationären neurootologisch-psychosomatischen Tinnitus Therapie. Der Psychotherapeut

Ein gutes neues Jahr 2017

Liebe Mitglieder und Freunde der DTL,
liebe TF-Leser,

wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein glückliches, friedliches,
erfolgreiches und vor allem gesundes Jahr 2017 mit viel Entspannung
und möglichst wenig Stress!

*Der Vorstand, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter
der Deutschen Tinnitus-Liga e. V.*