

Auswertung von 100 Patienten einer neurootologisch-psychosomatischen Spezialambulanz in Bad Arolsen¹

Tinnituspatienten brauchen neurotologische und psychosomatische Kompetenz
Ein Plädoyer für eine störungsspezifische Diagnostik und Therapie

Von Dr. Helmut Schaaf, Bad Arolsen

Vorgestellt werden 100 aufeinander folgende Patienten, die mit Tinnitus, M. Menière oder allgemein Schwindel in einer organisatorischen Ausnahmesituation von einem ärztlichen Psychotherapeuten mit HNO-Schwerpunkt in einem Zeitraum von drei Monaten erhoben werden konnten.

Dargestellt werden die Hörbefunde mit der Frage der ggf. auszugleichenden Schwerhörigkeit und die gleichzeitig bei jedem Patienten erhobene psychische Diagnose unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte und der zum Symptom führenden Problematik.

Plädiert wird für eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die auf kundiger HNO-Diagnostik sowohl mögliche Ursachen im Sinne der Tiefenpsychologie ebenso berücksichtigt wie aufrecht erhaltende Faktoren entlang der kognitiven Verhaltenstherapie.

Einleitung:

Das Leiden am Tinnitus hat die Wahrnehmung eines Ohrgeräusches zur Voraussetzung.

Dies hat immer eine organische Komponente, sei es durch eine Hörschädigung oder durch eine veränderte Wahrnehmung (zentrale Hörprozesse) des schon vorher vorhandenen Höreindrucks. Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5 - 15 dB über der Hörschwelle bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitus-Formen (Hesse 2008).

Im Praxisalltag präsentieren sich die unterschiedlichsten klinischen Bilder unter dem Etikett des „Tinnituspatienten“. Beim einen mögen die Ohrgeräusche zwar vorhanden und auch bestimmbar, aber „nicht der Rede wert“ sein, sogar nur zufällig bei genauer Exploration zu Tage kommen, da die Ohrgeräusche so gut kompensiert und ausgeblendet werden, dass der Betroffene sich in keinerlei Weise durch sie beeinträchtigt fühlt, und nicht von sich aus als Symptom äußert. Das andere Extrem stellt der vom Tinnitus Tag und Nacht gequälte Patient dar, der sich kaum mehr ein lebenswertes Leben mit dem Tinnitus vorstellen kann, und aufgrund seines Leidens am Tinnitus massiv in seiner Arbeitsfähigkeit und Alltagstauglichkeit eingeschränkt ist.

Die Wahrnehmung des Tinnitus alleine erklärt 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 und 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 1984, Svitak 2001)

Habituation bedeutet dabei weit mehr als nur „Gewöhnung“, sondern meint einen Lernprozess, der dazu führt, dass die Orientierungsreaktion und die erhöhte Aufmerksamkeit, meist verbunden mit gesteigerten vegetativen Reaktionen und einem Impuls zu „Handlungen“, abnehmen und schließlich ausbleiben kann.

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. 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.

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, Goebel 2004, Svitak 2001).

Wichtige Faktoren sind:

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

Diathese-Stress-Belastungsmodell

Geht man wie Kröner-Herwig (2005), Jäger (1998) und Svitak (2001) davon aus, dass der Tinnitus selbst als „Stressor“ angesehen werden kann, dann ist „Stresserleben“ aus anderen Quellen geeignet, die Tinnitus-spezifische Verarbeitung zu behindern, wenn die Ressourcen insgesamt verringert sind. Der Tinnitus und die zusätzliche Belastung sind dann die Grundlage für die misslungene Krankheitsbewältigung und Dekompensation (Jäger et al 1998). Von beidem wird dann vornehmlich der Tinnitus empfunden, da eine mögliche körperliche Ursache eher akzeptiert wird.

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 seelischen Regulationsleistungen erschöpfen und dabei den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können. Ein Symptom kann ebenfalls auftreten, wenn ein wichtiger Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist. Dann kann es im Erleben statt der Wahrnehmung der Überlastung oder des Konfliktes zu einer vermehrten Wahrnehmung der körperlich empfundene Reaktionen kommen. Es handelt sich dabei um einen „suboptimalen“ Stabilisationsversuch, weil die gewonnene „Entlastung“ mit doch erheblichen Einschränkungen einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert dies realistischere Lösungsansätze.

Aus der Dynamik der Seele (psychodynamisch) können – entlang der Operationalisier-

ten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (1998) – typische Konflikte oder Grundsituationen in folgenden Kernbereichen gefunden werden, bei denen der Tinnitus und das Leiden daran in den Vordergrund bzw. in das Bewusstsein treten können:

- Konfliktvolle äußere Lebensbelastungen, hier insbesondere Verluste in Beziehungen und Krisen. Dabei kann es zum „Eindringen“ des Tinnitus in die Wahrnehmung kommen, ohne dass der eigentliche Affekt dem Patienten bewusst wird.
- Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung.
- Abhängigkeitsentwicklungen im Widerspruch mit Selbständigkeitswünschen, die typischerweise bei der Ablösung von den Eltern, aber auch von Vertrautem und „Heimatlichem“ gesehen werden kann.
- Tatsächliche Unterwerfung im Widerspruch mit dem Wunsch nach Kontrolle.
- Versorgungswünsche im Widerspruch mit Selbständigkeitsbestrebungen.
- Selbstwertkonflikte, Gewissens- und Schuldkonflikte.
- Sexuelle Konflikte und Identitätskonflikte. Diagnosestellung im Rahmen der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10)

Kröner Herwig (2005) schlägt vor, beim Tinnitus Leiden in der Regel die ICD-Diagnose F.54 (psychologische Faktoren bei einer anderweitig codierten Störung) zu stellen, wenn nicht alle Kriterien einer Somatisierungsstörung (F.45) gegeben sind. Diese Diagnose sollte bei entsprechender Komorbidität um weitere psychische oder psychiatrische Diagnosen ergänzt werden.

Tiefenpsychologisch macht es Sinn, den Tinnitus als Ausdruck einer psychogenen Erkrankung zu sehen und zu verschlüsseln. So

verbinden wir in aller Regel die HNO Diagnose H. 93.1 zusammen mit einer F-Diagnose aus dem Bereich der Somatisierungsstörung F. 45.0, der Angsterkrankungen F. 41 oder einer Depressionsdiagnose F. 32 (Schaaf in Hesse 2008).

Untersuchungsergebnisse einer neurootologisch psychosomatischen Spezialambulanz

Die Patienten und die Vorgehensweise (statt Material und Methode)

Untersucht wurden – ausschließlich vom Autor/Untersucher – vom 15.3. bis zum 30.6.2008 prospektiv und unselektiert 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 dem 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)

Ergebnisse:

Geschlechts- und Altersverteilung:

Es kamen 61 Männer und 39 Frauen im Alter von 17 – 84 Jahren (Mittelwert 49,3).

HNO Status mit der Erfassung der audiologischen Situation einschließlich der Frage einer Hörgeräteindikation,

	Hörgeräte-Indikation	Hörgeräte-Indikation in % bezogen auf den Behandlungsanlass
Tinnitus	52	20
Schwerhörigkeit	6	6
Hyperakusis	9	0
M. Menière	19	9
Schwindel	14	1
	100	36

Behandlungsanlass:

Zur Untersuchung kamen

- 52 Patienten mit Tinnitus
- 6 Patienten mit Schwerhörigkeit
- 9 Patienten wegen Hyperakusis-Beschwerden
- 19 Patienten mit der Diagnose M. Menière
- 14 Patienten wegen Schwindels

Eine Indikation zu einer Hörgeräteverordnung im Sinne der Hörgeräteverordnung zeigte sich insgesamt in 36% der Fälle, d.h. der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr betrug 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 3000 Hz.

Dies betraf alle Patienten, die schon wegen Schwerhörigkeit kamen, aber in 38% auch bei den Tinnituspatienten, 47% der Menière Patienten und einem Schwindelpatienten.

Psychologische Diagnosen im Sinne des ICD 10 bei den 52 Tinnitus Patienten

- 14 Tinnitus Patienten bleiben ohne psychologische Diagnose im Sinne des ICD 10.
- Drei Patienten wollen im Rahmen einer mit einem Hotel vor Ort vereinbarten „Wellness-Begleitdiagnostik“ wissen, ob ihr Ohrgeräusch gefährlich sei und konnten entängstigt werden.
- 11 suchten für sie passende Informationen und zeigten anderweitig nicht gestillten „Counselling Bedarf“, der dreimal mit Hörgeräteempfehlungen verbunden wurde.
- 15 Patienten zeigten eine „Anpassungsstörung“ F.43.

Eine Anpassungsstörung ist nach der Definition des ICD-10 ein "subjektives Leiden und eine emotionale Beeinträchtigung mit Einschränkung der sozialen Funktionen und Leistungen nach entscheidenden Lebensveränderungen oder belastenden Ereignissen. Die häufigsten Symptome sind depressive Verstimmungen, Angst oder Ängstlichkeit, Probleme bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben. Häufig besteht die Besorgnis, die Zukunft nicht mehr bewältigen zu können.

Diesen Patienten wurde ein psychologisch unterstütztes Retraining empfohlen, ohne dass immer eine Anlaufstelle vor Ort gefun-

den werden konnte. 8 dieser Patienten wurde zusätzlich zu einem Hörgerät geraten.

- 10 Patienten wiesen vorwiegend Depressionserkrankungen F.32 auf,
- 8 Patienten zeigten eine Somatisierungsstörung F 45 und
- 5 Patienten litten unter einer Angsterkrankung (F41).

Bei diesen 23 wurde 20 mal eine ambulante Psychotherapie empfohlen, dreimal war wurde ein stationärer Aufenthalt indiziert.

9 dieser Patienten wurde ein Hörgeräteversorgung empfohlen.

Von diesen 23 Patienten fanden sich – tiefenpsychologisch interpretiert – im Sinne der OPD

- 7 mit konflikthafter äußeren Lebensbelastungen, hier insbesondere Verluste in Beziehungen und Krisen bei bis dahin stabiler Verarbeitung (Beziehungskrisen, Arbeitsüberlastung, Mobbing, „Burn out“)
- 4 bei fehlender Konflikt- und Gefühlswahrnehmung.
- 7 mit Abhängigkeitsentwicklungen im Widerspruch mit Selbstständigkeitswünschen,
- 5 mit Selbstwertkonflikten oder Schuldkonflikten.

Bei den 9 Hyperakusis Patienten fanden sich drei Anpassungsstörungen und 6 Angsterkrankungen im Sinne des ICD 10.

Bei Patienten, die mit der Diagnose M. Menière vorstellig wurden, wiesen 10 von 19 (53%) eine relevante psychische Komorbidität auf und 9 die Indikation für eine Hörgeräteversorgung.

- 5 kamen mit einer Anpassungsstörung
- 4 mit einer Depression
- 1 mit einer Angsterkrankung

Bei 10 Patienten (davon 5 ohne psychische Auffälligkeiten) konnte die Diagnose eines M. Menières hinterfragt werden, so dass diese eher die Diagnose eines – teilweise iatrogen mit begünstigten – psychogenen Schwindels, 4 mal vermutlich nach einem Vestibularisausfall – erhielten.

Von den 14 Patienten, die die Ambulanz – ohne die Diagnose M. Menière – primär wegen eines Schwindels aufsuchten, zeigten

- 6 einen Psychogenen Schwindel und reaktiv psychogene Schwindelformen nach Organerkrankung,
- 3 eine Migräne,
- 2 eine neurologische Erkrankung und
- 3 einen behandelbaren gutartigen Lage-rungsschwindel.

Diskussion:

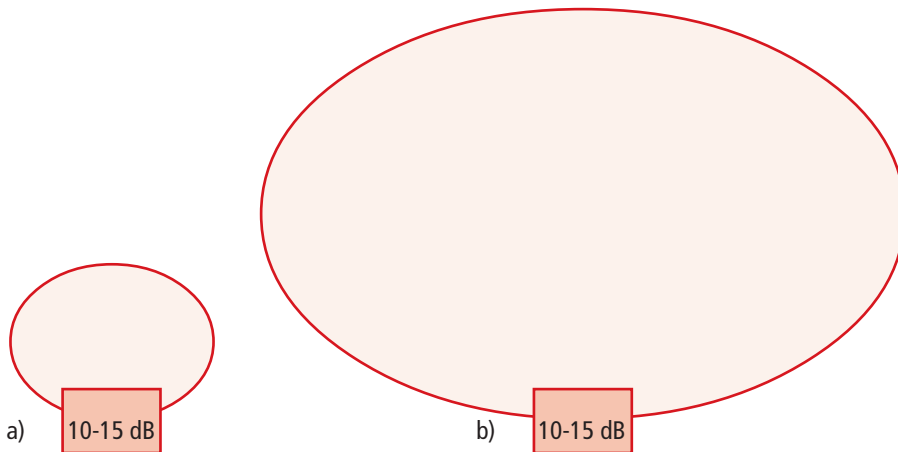
Da der Tinnitus als Höreindruck ebenso 100% organischer Natur ist wie das Leiden am Tinnitus 100% psychisch, ergeben sich bei der Linderung des Tinnitus Leidens verschiedene Ansatzpunkte. Dabei zeigte sich die Indikation zu einer Hörgeräteverordnung in 36% der Fälle ebenso relevant wie die Beachtung 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, Laubert 2001; Seidler 2008; Schaaf 2008, s. <http://www.drhschaaf.de/klinikleitertreffen2008.htm>)

Ebenso wichtig und dazu nicht in Konkurrenz stehend ist die psychosomatische Kompetenz, wie sich in dem deutlichen Anteil der psychisch erheblichen 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 (Komorbidität) 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 2004).

Sonst finden sich bei ambulanten Patienten deutlich weniger psychische Erkrankungen



a) Der Tinnitus, der auch bei Schwerhörigen in der Regel 10-15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, macht bei Schwerhörigkeit bis zu 90% der Hörwirksamkeit auf dem betroffenen Ohr aus.

b) Ein oft einfaches Hörgerät kann durch die Erweiterung der akustischen Wahrnehmung, in der wieder Stimmen, Vogelgezwitscher oder Schneekirschen vernommen werden kann, dazu beitragen, den gleich laut bestimmbaren Tinnitus in der Wahrnehmung zu reduzieren.

gen (Konzag et al (2005) und Schmitt (2004)).
Erinnert sei auch daran, dass ca. 90% der Tinnitus-Patienten nach einem Jahr gut mit dem Tinnitus zurecht kommen und nicht unter einer Begleitsymptomatik leiden (Jäger 2005).

Therapeutisch ist ein stufenweises Angebot abhängig von

- der Schwere der Erkrankung
- und den Gegebenheiten der Hörsituation
- und der psychischen Situation.

Goebel (2004) hat seine Vorschläge entlang der von ihm etablierten spezifischen Testdiagnostik ausgerichtet, Hesse (2008, s. auch TF 3/2008) stellt – zumindest als Grundlage – die neurootologische Kompetenz in den Vordergrund, notwendig ist, wie die Untersuchung zeigt, beides.

Damit ist dennoch noch nicht gewährleistet, dass die Patienten die „aus Sicht der Experten“ sinnvollen und begründeten Empfehlungen schon annehmen und umsetzen können (Repik 2008).

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.

Dabei sind verhaltenstherapeutische Modelle und Manuale (s. v.a. Delb et al, Kröner-Herwig 1997) bei der Erklärung der Aufrechterhaltung der Symptome und der entsprechenden Therapie hilfreich und evaluiert.

Darüber hinaus lohnt sich der Blick hinter die symptomatische Ebene. Wenn statt „der Seele der Körper“ spricht, kann es über die neurotologische Diagnostik mit Verbesserung der Hörwahrnehmung und einer auf das Symptom Tinnitus ausgerichteten Herangehensweise hinaus sinnvoll sein, der psychodynamischen Situation Rechnung zu tragen.

Dann zeigt sich oft, 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 (Schaaf/Holtmann 2002) und nicht selten einen gesellschaftlichen (Franz et al (2005) Hintergrund haben können. Zugespielt vermutet Tillmann (2007), dass im Symptom Tinnitus auf der gesellschaftlichen Ebene Konflikte „zum Klingeln“ kommen können. In der symbolischen Körpersprache zeige sich der ohnmächtig verzweifelte Protest gegen eine zunehmende Individualisierung, kompromisshaft ausgedrückt durch ein quälendes und zugleich verbindendes Symptom in präsymbolischer Sprache.

Dazu ist beim Behandler „störungsspezifisch“ die neurotologische Kenntnis ebenso wichtig wie Wertung und Nutzung des Symptoms auf Grundlage der Lebensgeschichte und dem Beziehungsmuster im Hier und Jetzt.

Dass bei der Bearbeitung tiefenpsychologische Ansätze als hilfreich und nicht zuletzt als deutlich wirksamkeitssteigernd in Bezug auf eine wirksame verhaltenstherapeutische Referenzklinik erweisen, zeigt ein Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2006, der sich auf den Tinnitusfragebogen nach Goebel sowie zusätzlich psychologische Testdiagnostik stützt. So zeigte sich bei 747 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 216 Patienten von Durchschnittlich 48,6 und 35 gesenkt werden mit einer Effektstärke von 0,71. (QM Bericht der Schönkliniken Vergleich für 2006: Bad Arolsen, Prien, Bramstedt).

Den Unterschied macht dabei – m.E. – der HNO kompetente Zugang, die Umsetzung in der Hörtherapie und der Zuschnitt auf klinisch erfahrene und mit der Symptomatik vertraute Psychotherapeuten, was nicht durch ein noch so wissenschaftliches Manual mit ausführenden Therapeuten bewirkt werden kann.

Zugestehen muss man, dass dieses Vorgehen personell und etatmäßig deutlich teurer ist und angesichts der von der Rentenversicherung angestrebten noch niedrigeren Tagesätze um die 100 € kaum finanzierbar ist, wenn davon auch noch Zimmer, Essen und andere Anwendungen bezahlt werden müssen.

Dies ist auch einer von vielen Gründen, weswegen die Bemühungen der Selbsthilfe im Vorfeld und in der Arbeit nach einer Behandlung wieder zunehmend wichtiger werden.

Das ausführliche Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Auswertung Schaaf 1/09“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.