

Die Zusammenarbeit im TRT-Team – Chancen und Klippen

Die Behandlung des komplexen Leidens am Tinnitus erfordert oft ein interdisziplinäres therapeutisches Team. Dabei stehen sich mit dem HNO-Arzt und dem approbierten Psychotherapeuten 2 gleichberechtigte, sich gegenseitig benötigende, aber auch sehr unterschiedlich arbeitende Behandler gegenüber. Dies eröffnet viele Möglichkeiten, birgt aber auch Gefahren für die Zusammenarbeit.

Dieser Beitrag soll zeigen, wie man sich der unterschiedlichen Rollenerwartungen bewusst werden kann, um die unterschiedlichen Stärken zu nutzen und auch typischerweise auftretende Schwierigkeiten nicht als persönliche Kränkungen zu verstehen, damit die erforderliche Zusammenarbeit nicht behindert wird.

Das Leiden am Tinnitus hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, sowohl in der tatsächlichen Steigerung der Inzidenz wie – weit darüber hinaus – in der Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit. Der vornehmlichste Grund dafür dürfte die rasante industrielle und technische Entwicklung der letzten 50 Jahre sein. Wenn inzwischen auch der direkte Lärm am Arbeitsplatz nachgelassen hat, so hat die Lärmbelastung vor allem in der Freizeit insgesamt zugenommen – mit entsprechenden Folgen für das Corti-Organ [5].

Darüber hinaus scheinen viele seelische Erkrankungen wesentlich am Tinnitusleiden beteiligt zu sein [10, 17, 18].

„Der Tinnitus nimmt zu – sowohl in der tatsächlichen Inzidenz als auch in seiner Bedeutung in der Öffentlichkeit.“

Dadurch kann ein schon vorher vorhandener, aber bis dahin nicht als quälend empfundener Tinnitus deutlicher in die Wahrnehmung rücken und in den Vordergrund des Beschwerdebildes treten – selbst bei (weitestgehend) normalhörenden Tinnitusbetroffenen.

Entscheidend für den Krankheitswert und den Behandlungsauftrag ist der Grad der Beeinträchtigung durch den Tinnitus. Nach der Leitlinie „Tinnitus“ der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie [1] wird der Schweregrad in mehrere Kategorien unterteilt (Tabelle 1).

Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)

Als darauf ansetzende Therapie wird Retraining von der ADANO definiert als ein Konzept, das auf der Basis „umfassender Diagnostik durch HNO-Ärzte und Psychotherapeuten“ und auf der Grundlage der Modellvorstellungen von Jastreboff u. Hazell [11] eine interdisziplinäre Therapie einleitet, die unter Zuhilfenahme akustisch apparativer Behandlungsmaßnahmen den Patienten in enger Anbindung weiter betreut. Das Konzept setzt eine aktive Mitarbeit des Patienten voraus.

Die Indikation zur Retrainingtherapie wird gesehen, wenn

▶ der Tinnitus zu einer Beeinträchtigung des Erlebens und/oder des Verhaltens des Patienten führt,

- ▶ andere kausale Behandlungsmaßnahmen ausgeschlossen oder nicht indiziert sind,
- ▶ eine durch einen Psychotherapeuten nach Exploration festgestellte Bestätigung der Behandlungsbedürftigkeit vorliegt,
- ▶ im Tinnitusfragebogen nach Goebel u. Hiller [3], der sich als Anhalt für die Schwere des Tinnitusleidens etabliert hat, ein Score von mindestens 40 (mittelschwer) von insgesamt 84 (sehr schwer) erreicht wird. Für die Praxis bedeutet dies [5, 8, 16]:
- ▶ Grundlegend ist eine ausreichende medizinische Aufklärung und Begleitung des Patienten (Counselling), die kognitiv und emotional den Patienten bei seinem berechtigten Informationsbedürfnis erreicht.
- ▶ Die TRT setzt – idealtypisch – einen aktiven, zugewandten, introspektionsfähigen Patienten voraus und benötigt ein therapeutisches Team aus einem aufklärenden, kundigen und verständnisvollen HNO-Arzt und einem auch in der Tinnitus-Problematik kundigen Psychotherapeuten. Hilfreich sind sicher ein kooperierender Akustiker sowie ein im Team arbeitender Hörtherapeut [6, 7].
- ▶ Apparative Hilfen (Hörgeräte) werden insbesondere dann notwendig,

© Springer-Verlag 2002

Dr. Helmut Schaaf
Tinnitus-Klinik Bad Arolsen, Große Allee 3,
34454 Bad Arolsen,
E-Mail: HSchaaf@tinnitus-klinik.de
Internet: <http://www.tinnitus-klinik.de>

Tabelle 1

Schweregradeinteilung bei Tinnitus. (Nach [1])

Kompensiert: Der Patient registriert das Ohrgeräusch, kann jedoch so damit umgehen, dass keine Sekundärsymptomatik auftritt

Dekompensiert: Der Tinnitus hat massive Auswirkung auf alle Lebensbereiche und führt zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik mit hohem Leidensdruck

Grad I: Kein Leidensdruck

Grad II: Hauptsächlich in der Stille, stört bei Stress und psychischen Belastungen.

Grad III: Der Tinnitus führt zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich. Störungen treten auf im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich.

Grad IV: Der Tinnitus führt zur völligen Dekompensation im privaten Bereich und zur Berufsunfähigkeit.

wenn eine relevante Schwerhörigkeit vorliegt. Dann kann der Tinnitus allein durch die verbesserte Hörwahrnehmung oft nahezu komplett in den Hintergrund gedrängt werden.

- „Rauscher“ sind als unterstützende apparative akustische Maßnahmen sinnvoll, sofern keine versorgungspflichtigen Formen von Schwerhörigkeit oder sonstige Kontraindikationen vorliegen.

Beziehungskonstellationen und das TRT-Team

Im TRT-Team sollte ein stabiles Patienten-/Therapeutenverhältnis über 2 Jahre gesichert werden. Dies kann durch die sich im Krankheitsbild des komplexen Tinnitusleidens ausdrückende Beziehungsdynamik belastet bis gesprengt werden, weswegen ein reflektiertes und reflektieren des Miteinander im Team hilfreich bis unerlässlich ist. Was bedeutet dies für die Zusammenarbeit speziell zwischen Ärzten und Psychotherapeuten?

„Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten ist oft unerprobt und ungeklärt und nicht selten mit vielen Vorurteilen behaftet.“

Während Akustiker und Hörtherapeuten als Partner im Team eine oft weisungsbezogene, auf jeden Fall aber schon seit Jahrzehnten auf der strukturellen Ebene geklärte Arbeitsstruktur etabliert haben, ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten eher unerprobt, oft ungeklärt und darüber hinaus nicht selten mit vielen Vorurteilen verbunden.

Dies gilt umso mehr im ambulanten Therapiesetting [5], während sich im Team bei stationärer Versorgung interdisziplinäre Zusammenarbeit oft leichter, wenn auch nicht unproblematisch erreichen lässt [13].

Dank der durch die ADANO geforderten Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten können Tinnituspatienten nun unter der Idee des TRT-Teams an einen Psychotherapeuten verwiesen werden, weil dem HNO-Arzt für das zeitaufwendige empathische Gespräch nicht genug – auch abrechenbare – Zeit zur Verfügung steht.

Doch nur die wenigsten HNO-Ärzte geben ihren Patient gerne in die Behandlung von Psychotherapeuten weiter. Andererseits sind sie sich manchmal tatsächlich sicher, dass ihr Patient „funktionell überlagert“ ist, und überweisen ihn an den Psychotherapeuten, dabei fehlt dann oft – ebenso wie bei den Patienten – das Wissen um die Wichtigkeit der eigenen Motivation zu Veränderungen als notwendigem Bestandteil der Psychotherapie.

Vorurteile bestehen aber selbstverständlich nicht nur auf Seiten der HNO-Ärzte. So vermuten und befürchten Psychotherapeuten oft, dass der HNO-Arzt die Patienten zu lange organisch „festhält“, auch wenn die seelische Not „durch den Tinnitus zum Himmel schreit“.

„Verständnis und Akzeptanz der unterschiedlichen Arbeitsweisen helfen sowohl den Team-Mitgliedern als auch den Patienten.“

Um die Zusammenarbeit im Interesse der Beteiligten und des Patienten zu optimieren, ist dabei ein gegenseitiges Ver-

ständnis ebenso notwendig wie Kenntnis und Akzeptanz der unterschiedlichen Arbeitsweise und – speziell beim Leiden am Tinnitus – um die Notwendigkeit des Beitrags des Anderen. Da neurootologische Sachverhalte bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt wurden [2, 4, 5, 9, 13, 18], kann hier Bezug genommen werden auf Teile des psychotherapeutischen Verständnisses und Vorgehens, die für den HNO-Arzt von Relevanz sein können.

Was ist das Leiden am Tinnitus aus Sicht des Psychotherapeuten?

Der Schlüssel zum Verständnis des Leidens am Tinnitus liegt für den Psychotherapeuten im Umgang mit der Angst und in der Ausgestaltung dieses „stets individuellen Dramas“.

Betrachtet man dabei generell die Wirklichkeit des „Fernsinnes“ Hören, so zeigt sich, dass unbekannte neue Höreindrücke beim Hörenden so lange „keine Ruhe geben dürfen“, bis eine beruhigende Kenntnisnahme über die Art und Weise des Geräusches erreicht wurde.

„Der Zwang, sich neu auftretenden Geräuschen aufmerksam zuzuwenden, erklärt sich evolutionär.“

Entwicklungsgeschichtlich wurde durch das Hören die überlebenswichtige Fähigkeit geschaffen, bei Gefahr sofort hinzuhören, ggf. aufzuspringen, anzugreifen, zu fliehen, oder – wenn alles nicht mehr möglich war – sich tot zu stellen. Daraus wurde ein evolutionär etablierter „Zwang“, sich neu auftretenden Geräuschen sofort und in höchster Alarmbereitschaft zuzuwenden.

Nur wenn etwas Bekanntes oder Vertrautes identifiziert werden konnte, entspannt sich die Alarmbereitschaft. Ansonsten ist es wichtig, sich mit dem Neuen vertraut zu machen oder einen ungefährlichen Umgang zu finden [11, 15, 17].

Findet der Tinnitusbetroffene keine stimmige Aufklärung für den neuen und meist negativ bewerteten Höreindruck, wird so viel angespannte Aufmerksamkeit gebunden, dass über eine Erhöhung des Aktivitätsniveaus

- ▶ Nervosität,
- ▶ Konzentrationsstörungen,
- ▶ Schlafstörungen,
- ▶ und eine depressive Entwicklung ausgelöst werden können. Dabei können sich Reaktionen und Verhaltensmuster einstellen, in denen sich viele Anteile evolutionär bedingter Muster erkennen lassen:
- ▶ Angriff: z. B. bei „agitierter“ (nach außen getragener) Depression,
- ▶ Flucht: z. B. bei „erlernter Hilflosigkeit“,
- ▶ Totstellen: z. B. bei schwerer depressiver Episode.

Erfolgt keine Entwarnung, so muss der Tinnitus als Träger einer weiter unbekannt und damit potentiell gefährlichen Information in einem aktiven Prozess verstärkt in der Aufmerksamkeit bleiben und vor der Habituation bewahrt werden. Wird dieser Prozess weder bewusst noch unbewusst durchbrochen, kann dies in der totalen Erschöpfung enden.

„Findet der Patient keine Erklärung für den Tinnitus, bleibt er in Alarmbereitschaft und verhindert somit unbewusst den Gewöhnungsprozess.“

In diesem „Circulus vitiosus“ ist es entscheidend, welche – v. a. subjektiven – Komponenten belohnt werden. Hier gehen lerntheoretische Vorstellungen davon aus, dass insbesondere neu hinzugekommene Verhaltensweisen durch Belohnungs- und Strafreize verfestigt werden. Das gilt sicher auch für die Aufrechterhaltung von Neurosen.

Der Tinnitus kann aber auch verstanden werden als ein für den Patienten hörbares Zeichen einer seelischen Not oder Krise. Da die Seele sich nicht rational auszudrücken kann, bedarf es eines Überbringers der Botschaft, oft in Form körperlich empfundener (somatisierter) Beschwerden. Somit scheint „die Seele“ zu einem tief verankerten, archaischen Lautheitsausdruck greifen zu müssen, ehe die Not tatsächlich handlungsrelevant gehört wird.

Im psychoanalytischen Sinne stellt der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar, nämlich als somatischer Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses. So kann

dem Tinnitus die Aufgabe zukommen, einen – meist großen – Teil der unbewussten Angst im seelischen Prozess zu binden. Der Vorteil dieser – auf unbewusster Ebene bestmöglichen – Konfliktlösung ist, dass damit die Angst eine „Adresse“ bekommt und „als Aufschrei der Seele“ nach außen getragen werden kann.

„Eine nur auf die körperliche oder die psychische Komponente begrenzte Ansicht der Tinnitusproblematik führt in Sackgassen und Irrwege.“

Die dem Patienten und dem nicht professionellen Umfeld nicht bewusste Gefahr liegt allerdings darin, dass der Schrei nach Hilfe auf die körperlich empfundene (somatisierende) Komponente beschränkt bleibt. Dadurch ergeben sich oft viele Sackgassen und Irrwege, die nicht mit Infusionen und Sauerstofftherapien beendet sind. Allerdings reicht es auch nicht aus, den Patienten mit seinen körperlich empfundenen Problemen mit einem Verweis auf die Psychotherapie abzutun. Erst wenn hinter dem Tinnitusleiden die körperlich ausgedrückte, aber seelisch getriebene Not verstanden und bearbeitet wird, kann aus der Krise auch eine Chance und Herausforderung werden.

Beziehungsgestaltung und -probleme im TRT-Team

Der Tinnitusleidende sucht für sein körperlich empfundenes Leiden eine organische Lösung und damit auch einen somatisch arbeitenden Arzt. Aber auch wenn der Patient lange leidvoll erfahren hat, dass ihm weder Durchblutungsmittel, Infusionen, Sauerstofftherapien oder gar chirurgische Eingriffe tatsächlich geholfen haben, sondern eher zu einer Verstärkung der Tinnituslautheit geführt haben, bleibt ihm die Hoffnung, durch einen Eingriff von außen, sei er noch so radikal, vom Tinnitus befreit zu werden.

„Selbst beim ausbleibenden Therapieerfolg iatrogener Eingriffe ist der Patient eher bereit, die Radikalität der Eingriffe zu verstärken als nach einer Lösung der seelischen Problematik zu suchen.“

Ehe der Patient dann ggf. psychotherapeutisch weiterversorgt werden kann, kommt es ganz wesentlich darauf an, dass der Arzt als Erstbehandler die seelische Anfrage, die hinter den somatisierenden Beschwerden stehen kann, auch angemessen versteht und darauf reagieren kann (s. hierzu [12]). Nur so kann er vom Patienten ernstgenommen werden und die Brücke zum Psychotherapeuten bauen. Dafür muss er aber die Rolle des in ihm ersehnten Heilbringers aufgeben und in diesem Punkt den Patienten notwendigerweise enttäuschen. Trotz dieser oft auch eigenen Enttäuschung muss der Arzt die Brücke zu der kausal wirksamen psychotherapeutischen Bearbeitung bauen, die möglichst von hörtherapeutischen Verfahren unterstützt wird. Der HNO-Arzt ist hier gerade deshalb gefordert, weil er die Hörfunktion komplex begreifen muss als ein Zusammenspiel peripherer und zentraler Vorgänge. Lernprozesse und zentrale Verarbeitung spielen mit ihren emotionalen Verquickungen eine große Rolle und sind zum Verständnis nicht nur von Tinnitus und Hyperakusis, sondern auch generell von Hörstörungen unabdingbar. Spürt der Patient dieses grundlegende Verständnis seines Ohrenarztes, dann ist ein wesentlicher Grundstein für eine tragfähige Beziehung gegeben [8, 13].

„Spürt der Patient das grundlegende Verständnis seines HNO-Arztes, ist ein wesentlicher Grundstein für eine tragfähige Beziehung gegeben.“

Der Kontakt zum Psychotherapeuten beginnt hingegen meist mit einer persönlichen „Kränkung“ beim Patienten und einer „strukturellen“ Kränkung für den Therapeuten. So ist der Psychotherapeut oft „die zweite“, nicht selten „letzte Wahl“. Dieser muss meist in emotionaler Schwerstarbeit Motivationshilfe leisten und erst eine Arbeitsbasis zum Tinnitusleidenden herstellen. Enorm kontrastiert wird dies durch das real meist hohe Zuwendungsbedürfnis des Patienten in seiner gequälten Not.

In dieser Spannung bedarf es:

- ▶ eines professionell empathischen Zugangs zum Patienten, der meist über das biographische Verständnis der Not des Patienten hergestellt werden kann,

Tabelle 2

Themenkomplexe zur Beantwortung durch TRT-Teammitglieder**Themenkomplex I**

- Was erwarten Sie von Ihrem Partner im Team?
- Welche seiner Qualifikationen kennen Sie?
- Was schätzen Sie an ihm?
- Haben Sie Erfahrungen aus der Zusammenarbeit?
- Haben Sie Rückmeldungen von Patienten?
- Wie sehr haben Sie diese Rückmeldung von Patienten in Ihren eigenen Erwartungen beeinflusst oder „korrigiert“?
- Wie haben Sie sich Ihren eigenen Eindruck verschafft?

Themenkomplex II

- Was befürchten Sie von Ihrem Partner im Team?
- Welche Eigenschaften finden Sie eher schwierig oder gar bedenklich?
- Gibt es Punkte, die Sie in der professionellen Zusammenarbeit mit ihm ablehnen?
- Gibt es schon Erfahrungen dazu?

Themenkomplex III

- Wie sicher können Sie sich sein, dass Ihr Partner Ihre Arbeit schätzt?
- Welche Rückmeldung Ihres Partners können Sie für sich verwerten, welche lehnen Sie ab?
- Was könnte die Zusammenarbeit 'sprengen'?
- Was bedarf es, um miteinander in Kommunikation zu bleiben oder zu kommen?

- großer Geduld und Reflexion auf Seiten des Therapeuten sowie ausreichend Selbsterfahrung auch im Umgang mit aversiven Gefühlen,
- ausreichende Kenntnisse für die organisch empfundenen Anteile des Tinnitusleidens.

Dennoch kommt es nicht selten – je nach psychogener Erkrankung – bei einzelnen oder gar bei allen Beteiligten im Team zu unerwünschten (Gegenübertragungs-) Reaktionen. Das geht oft weit über das hinaus, was wir an normalen – oft unreflektierten – menschlichen Reaktionen schon kennen:

- z. B. Mitleid, aber auch Ärger,
- Fürsorge oder Ablehnung,
- Wertschätzung oder Verachtung.

Dann fühlt sich der Patient oft – zu Recht – zurückgewiesen und weiter isoliert. Mit diesen vielfältigen ambivalenten Erwartungshaltungen stellen Tinnituspatienten den ambulanten Psychotherapeuten oft vor große Belastungsproben. Er sieht sich meist von Anfang an sehr offen mit allen Zweifeln, Fragen und Rückzugstendenzen konfrontiert. Etwas einfacher wird die Beziehungsgestaltung, wenn diese Aufteilung („Spaltung“) in einem TRT-Team oder in einer psychosomatischen Klinik bewusst ist und sich die Behandler in den notwendigen Rollen stützen können.

Der Ohrenarzt darf dabei wissen, dass ohne ihn „nichts geht“. Der Psychotherapeut muss das Bewusstsein haben, dass er real beim Leiden am Tinnitus helfen kann und dafür auch die entsprechenden Instrumentarien zur Verfügung hat. Er sollte aber bedenken, dass er auf einen Patienten trifft, der primär nicht zu ihm gekommen ist, sondern vom Arzt „weitergereicht“ wurde. So erfährt auch der tatsächlich hilfreiche Therapeut immer wieder die kränkende Situation, dass er nicht wirklich selbst gewählt wurde und im Zweifel auch immer die Rückversicherung über den organisch behandelnden Arzt erfolgen muss.

„Der Psychotherapeut braucht den HNO-Arzt sowohl beim Brückenbau wie auch als Rückendeckung.“

Der Psychotherapeut braucht den Arzt sowohl beim Brückenbau wie auch als Rückendeckung dafür, dass der von dem Patienten primär nicht gesuchte Weg immer wieder abgesichert wird. Er benötigt die Kooperation um so notwendiger, wenn Symptomverschiebungen eintreten oder etwa eine antidepressive Medikation notwendig wird.

Im günstigsten Fall gelingt dieses Bündnis zwischen Arzt und Psychotherapeut. Je besser sich die Einzelnen im Team kennen, sich gegenseitig schätzen und sich auf die Kompetenz und Persönlichkeit des anderen verlassen können, desto größer ist die Chance für eine optimale Zusammenarbeit.

Im ungünstigen Fall treten immer wieder Zweifel auf, erst recht, wenn aus bewussten oder unbewussten Motiven sich der eine Therapeut mit dem Patienten

und seinem „Widerstand“ (Abwehr gegen oft schmerzliche, aber anscheinend im Tinnitusleiden sichtbar gewordene Veränderung) gegen den anderen verbündet. Dies zeigt sich dann z. B. in der Infragestellung der jeweiligen Kompetenz des Anderen.

Durch die Beantwortung der Fragen in 3 Themenkomplexen (Tabelle 2) kann der therapeutische Partner in seiner Kompetenz und Differenz besser kennengelernt und verstanden werden. In diesem Sinne benötigen nicht nur die Patienten, sondern auch die Therapeuten oft ein ganzes Team mit Teambesprechungen und Supervision.

Zwei extreme Patientenprofile

Wie eine problemlose und eine hochgradig problematische Behandlung aussehen kann, sei an 2 sicher sehr polarisierten Profilen gezeigt. Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten, bei denen das Hauptproblem das (Noch-) Nichtverstehen eines für sie bis dahin unbegreiflichen – unbewussten – Prozesses ist, lässt sich unproblematisch angehen (s. Fallbeschreibung). Im Sinne der kognitiven Umstrukturierung kann bei diesen Patienten die Bearbeitung der unbewussten Aspekte des Wahrnehmungsphänomens Tinnitus Handlungsmöglichkeiten und Erfolg schaffen. Dabei profitieren diese Patienten entweder schon in den 5 probatorischen Sitzungen – fast schon im Sinne einer Fokalthherapie – oder es genügt eine Kurztherapie bis zu 25 h, um die vom Patienten beklagte Problematik adäquat zu bearbeiten.

„Problemloses Profil“ (Fallbeschreibung)

Ein 43-jähriger Lehrer in einer Kleinstadt litt unter Schlafstörungen, die er auf das „Wiedererstarken“ seines seit 1987 bestehenden beidseitigen Tinnitus zurückführt, der beidseits ohne Veränderung des schon lange bestehenden Hochtönverlustes einherging.

Durch den ungenügenden Schlaf sei er erschöpft und könne insbesondere bei der Arbeit dem Leistungsabfall kaum entgegenwirken und müsse zur Bewältigung der Arbeit immer mehr Kraft aufwenden.

Grundsätzlich mache ihm der Beruf als Lehrer sehr viel bzw. schon fast zu viel Spaß. Aber seit 3 Monaten schlepe er sich nur noch zum Unterricht und zu Hause stapelten sich die Unterrichtsprotokolle. Er könne nicht mehr die aktuellen Dinge in den Unterricht einbauen und schaffe es sonntags kaum noch, die Woche vorzubereiten.

Der Tinnitus werde immer lauter und pfeife nachts so laut durch den Kopf, dass er aufwache und nicht mehr einschlafen könne.

Der HNO-Arzt beschränkte sich nach entsprechender Diagnostik auf ein verständiges Counselling und verzichtete im Konsens mit dem einsichtigen Patienten auf Infusionsgaben. In der Psychotherapie konnte mit dem Fokus auf die Belastung im beruflichen Bereich ein bewussteres Umgehen mit der Problematik ermöglicht werden. Symptomorientiert kamen Methoden der Hörtherapie sowie das Neuerlernen des autogenen Trainings unterstützend zur Anwendung.

Praktische Konsequenz war, dass von einer ursprünglichen Berentungsidee Abstand genommen werden konnte. Hingegen wurde ein Arbeitseinstieg mit zunächst verminderter Stundenzahl und dem Vorsatz, nun auf Übererbringung von Leistung zu achten und Schutzmechanismen zu beachten, versucht.

„Problematisches Profil“

Kommen aber Patienten mit einer sogenannten Somatisierungsstörung oder einer (larvierten) Depression mit somatischer Antwort, sehen sich die Therapeuten einer ebenso langwierigen wie in Teilen auch frustranen Therapiesituation gegenüber. Dies kann – erst recht bei einer schwierigen Beziehungskonstellation – nur gelingen, wenn, in der Regel über das Verständnis der Biographie, eine eigene Einstellung erarbeitet wurde, die den Patienten so annimmt, wie er ist, auch im oft sich und die anderen „zermarternden“ Klagen über den Tinnitus.

Die „klassischen Stationen“ einer „typischen“ tiefenpsychologischen Bearbeitung in seiner Beziehungsdynamik zwischen Therapeuten und Patienten

hat Rudolf [14] so anschaulich beschrieben, dass dies im Folgenden, in Bezug auf den Tinnitus moduliert, wiedergegeben werden soll.

1. Fokus: Der Kampf gegen den Tinnitus

Der Patient ist fixiert auf seinen ihm immer wieder enttäuschenden Kampf gegen den Tinnitus. Er schildert detailliert die Symptomatik, das dadurch hervorgerufene Leiden und die Versuche, mit dem Leiden fertig zu werden. Dies füllt meist zahlreiche Therapiestunden, in denen der Psychotherapeut den Patienten hauptsächlich in seiner Situation anteilnehmend begleitet und darüber eine therapeutische Beziehung überhaupt erst möglich macht.

Erschwert wird diese Aufgabe durch die oft destruktiv triumphierende oder „halsstarrig“ in der Erkrankung verharrende Haltung eines so strukturierten Patienten und mögliche Versuche, den HNO-Arzt und andere Teammitglieder zu Verbündeten gegen die „Untätigkeit des Psychotherapeuten“ zu gewinnen. Hier ist die gegenseitige Absprache und Kenntnis des Krankheitsbildes in seinen medizinischen und psychologischen Aspekten unerlässlich, um nicht die Not des Patienten untereinander auszutragen und diesem die Chance zu verbauen, einen eigenen Umgang mit dem Team und nicht durch das Team zu arbeiten.

2. Fokus: Die enttäuschenden Helfer

Von der Klage über den Tinnitus verschiebt sich der Fokus des Patienten oft auf die Behandlungsmaßnahmen durch Ärzte, Kliniken oder alle anderen Helfer einschließlich der Psychotherapeuten. Dabei wechselt der Tenor von großer Hoffnung auf baldige Heilung hin zu schmerzlicher, wütender Enttäuschung über vergebliche Therapieversuche.

Diese Berg- und Talfahrt von Hoffnung und Enttäuschung sollte man geschehen lassen, ohne aktiv und direktiv einzugreifen, obwohl der Patient verständlicherweise vom Therapeuten immer wieder Ratschläge und Entscheidungshilfen fordert. Wichtig ist hingegen, die dabei enthaltenen Hoffnungen, aber auch die Zweifel sichtbar werden zu lassen. Im günstigen Fall lässt sich so eine Struktur des Erlebens und Verhaltens

herausarbeiten und für den Patienten sichtbar machen.

3. Fokus: Die enttäuschenden Angehörigen

In die „enttäuschenden Anderen“ werden meist neben den hilflosen Behandlern auch Angehörige oder nahe Mitmenschen einbezogen. So tauchen z. B. nach längerer Behandlungsdauer "überraschend" Partnerschaftsprobleme oder soziale Schwierigkeiten auf. Auch hier wechseln Hoffnung mit Enttäuschung, Ratlosigkeit und Ambivalenz mit Zuversicht.

Dabei ist ein tiefenpsychologisches Verständnis hilfreich, das im schwierigen Beziehungspartner (und in sich selbst als Therapeut) die Projektionsfläche für alles unangenehme Böse und Gefährliche sieht, dem man sich – konkret auch über die Steigerung des Symptoms – zur Wehr setzt.

4. Fokus: Der enttäuschende Therapeut

Ein oft kränkender, aber unerlässlicher und wichtiger Schritt der Behandlung ist, die Hoffnung auf das Gute, die Angst vor dem Bösen und die Enttäuschung auch am Therapeuten zu erleben. Damit ist das zentrale Thema in die therapeutische Beziehung gelangt, wobei insbesondere bei somatisierenden Patienten oft „eine Erlaubnis“ dazu vom Therapeuten kommen muss, dieses Thema auch deutlich und aktiv anzusprechen.

Nur scheinbar paradox ist, dass gerade der, der sich am zuverlässigsten zu dem Patienten gestellt hat, nun auch seine negativen Emotionen „abbekommt“. Tatsächlich wiederholt sich hier die Erfahrung, dass sich bei sicheren Partnern mehr getraut werden kann als in der begängstigten Fremde.

5. Fokus: Das hilflose Selbst

Der Fokus des zentralen seelischen Themas hat sich vom Körperorgan, dem Tinnitus und dem Leiden am Tinnitus nach dem Umweg über die medizinischen Behandlungsversuche und die Angehörigen schließlich auf den Therapeuten verlagert. Nun ist es in seiner Generalisierung sichtbar und spürbar geworden, so dass es auch vom Psychotherapeuten angesprochen werden kann.

Deutlich werden darf nun die von Anfang an vorhandene und im Tinnitusleiden ausgedrückte Ohnmacht. Die tragende Beziehung mit dem zunächst idealisierten und dann entwerteten Therapeuten, der sich als belastungsfähiges und realistisches Gegenüber erweisen muss, wird nun deutlich. Jetzt können Patient und Therapeut zunehmend eine traditionelle Rolle der Psychotherapie annehmen: der Therapeut als der möglichst konstante, professionelle Begleiter bei der schwierigen und schmerzhaften Selbsterforschung des Patienten sowie als Mitwisser und Chronist vielfältiger Lebensschwierigkeiten und produktiver oder destruktiver Lösungsphantasien. Der HNO-Arzt sollte immer bei Nachfragen und natürlich bei neuen HNO-Fragestellungen zur Seite stehen.

Fazit für die Praxis

Beim dekompenzierten, chronisch komplexen Leiden am Tinnitus müssen neurootologische Diagnostik und das darauf aufbauende Counselling mit psychotherapeutischen Bemühungen Hand in Hand gehen, um die durch die Krise angezeigte Not und zugleich die darin implizierte Chance zu bearbeiten. Im TRT-Team sollte ein sta-

biles Patienten-/Therapeutenverhältnis über 2 Jahre gesichert werden. Dies kann durch die sich im Krankheitsbild des komplexen Tinnitusleidens ausdrückenden Beziehungsdynamiken belastet bis gesprengt werden, weswegen ein reflektiertes und reflektierendes Miteinander im Team unerlässlich ist.

Literatur

- ADANO (2000) Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT/ADANO). ADANO-Sitzung, Hannover, 2000
- Biesinger E, Heiden C, Greimel V (1998) Strategien in der ambulanten Behandlung des Tinnitus. HNO 98: 157–169
- Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus – Fragebogen. Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus (Manual). Hofgrefe, Göttingen
- Goebel G (Hrsg) (2001) Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus, 2. Aufl. Urban & Vogel, München, S 325
- Hesse G (Hrsg) (1999) Retraining und Tinnitus-therapie. Zur ambulanten Behandlung des chronisch komplexen Tinnitus und der Hyperakusis. Thieme, Stuttgart New York
- Hesse G (1999) Hörtherapie. In: Hesse G (Hrsg) Retraining und Tinnistherapie. Thieme, Stuttgart New York, S 60–69
- Hesse G (2001) Therapeutische Ansätze zur Verbesserung der auditiven Perzeption. HNO-Praxis heute 21: 197–212
- Hesse G, Laubert A (2001) Tinnitus-Retraining-Therapie. HNO 49: 764–779
- Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A (2001) Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. Laryngol Rhinol Otol 80: 503–508
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus. Br J Audiol 1993; 7–17
- Morgan E, Engel GL (1997) der Klinische Zugang zum Patienten. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Nelting M, Hesse G, Schaaf H (1998) Tinnitus Therapie mit Leib und Seele. Profil, München Wien
- Rudolf (1996) Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 3. überarb. Aufl. Enke, Stuttgart
- Schaaf H, Hesse G (1999) Gesundheitsratgeber: Tinnitus aurium. Miden, München
- Schaaf H, Hesse G (1999) TRT: Tinnitus Retraining Therapie. Psychomed, München, S 170–173
- Schaaf H, Holtmann H (1999) Psychotherapie in der ambulanten Tinnitsbehandlung. Verhaltenstherapeutische Ansätze. In: Hesse G (Hrsg) (1999) Retraining und Hörtherapie. Thieme, Stuttgart New York, S 71–81
- Schaaf H, Holtmann H (2002) Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer, Stuttgart, S 141