

Dr. Helmut Schaaf
Ltd. Oberarzt der Tinnitus Klinik Arolsen
Psychotherapie
Große Allee 3, 34454 Arolsen

Telefon: 05691 / 8966

Fax: 05691/896800

Email: Hschaaf@tinnitus-klinik.de

Internet zu:

Tinnitus - Leiden <http://mitglied.tripod.de/helmutschaaf/index.html>

M. Menière: <http://home.t-online.de/home/helmut.schaaf/index.htm>

Schwindel <http://mitglied.tripod.de/drhelmutschaaf/index.html>

Vortrag für die Akademie für Hörgeräte-Akustik



Hörwirklichkeiten sind immer subjektiv

**oder warum bei zwei nahezu identischen Hörkurven
 komplett unterschiedliche Maßnahmen notwendig sind**

Tinnitus tritt oft in Folge von Schwerhörigkeiten auf. Diese werden oft von den Patienten insbesondere dann nicht bemerkt, wenn sie schleichend in ihrer Progradienz auftreten.

Sie werden aber mindestens genauso oft im klassischen Sinne des Wortes „verdrängt“. Dies kann sein, wenn sie als Altersmakel empfunden und damit lieber nicht „wahr“genommen werden oder – oft in Abstimmung mit der Umwelt - Konsens darüber besteht, daß eine „gewisse“ Altersschwerhörigkeit eben zum Alter dazu gehört und man deswegen auch nichts daran machen könne oder gar müsse.

Dabei reicht das verbliebene Hörvermögen oft noch für das – oft eingeschränkte und angestrengte - individuelle Gespräch aus, erst recht, wenn „man und frau“ sich schon lange kennen und entweder alles verstanden wird oder es sowie nichts Neues auszutauschen gibt.

Das Hörvermögen „verläßt“ einen in Situationen, in denen Kommunikation zwischen mehreren Menschen entstehen könnte oder gar in Umgebungen, die aus sich selbst heraus schon einen höheren Geräuschpegel haben.

In der Folge kommt es dann oft und immer mehr zu Einengungen und Verlusten an Möglichkeiten. Dies kann so lange tragen, wie die verbleibenden Beziehungen in sich stimmig sind und für die Bedürfnisse der Betroffenen ausreichen.

Dekompensieren kann es, wenn - sicherlich oft aus ganz anderen Gründen - Konflikte entstehen an die Oberfläche kommen oder Verlusterlebnisse wie der Tod des Partners auftreten. Diese treffen dann auf einen Menschen, der in seinen Ressourcen deutlich eingeschränkt ist und in einem - möglicherweise langen - Prozeß verlernt hat, Beziehungen außerhalb des sich inzwischen eingegrenzten Umgebungskreises, zu leben oder gar neu aufzubauen.

Dann können oft scheinbar harmlose Veränderungen des Gefüges dazu führen, daß nun plötzlich ein Tinnitus wahrgenommen wird, der in seiner Lautheit und Dominanz zunehmend gewinnt.

Die Funktion des Tinnitus kann dann auf sehr verschiedenen Ebenen psychodynamisch sinnvoll und teilweise sogar fruchtbar werden:

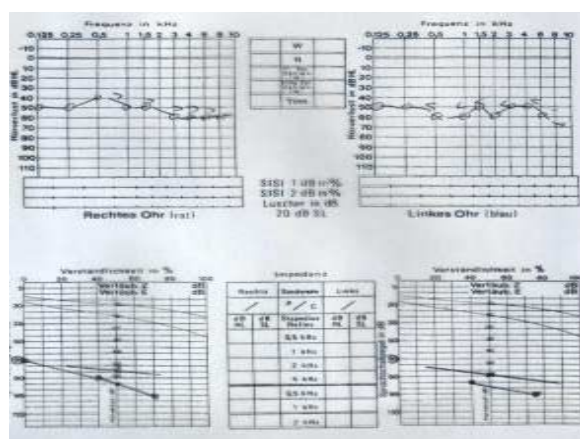
1. Erstens gewinnt der Patient durch den Tinnitus einen Ansprechpartner (Kristallisationspunkt) seines Leidens. Ungewöhnlich ist, daß die Patienten gleich so introspektionsfähig sind, daß sie darin schon den „Aufschrei der Seele“ bzw. die somatisierende Antwort auf eine möglicherweise zugespitzte depressive Krise oder einer Konfliktsituation erkennen können.
2. Zweitens ist es möglich, sich über den Tinnitus wieder laut an die Beziehungsumgebung zu wenden und darüber dann auch Hilfe bei Therapeuten zu suchen. Dabei wird diese Suche sicherlich erst einmal und vollkommen zu recht rein „organfixiert“ und ärztlich sein.

Über den Tinnitus ist es nun möglich, einerseits die Schwerhörigkeit zu erkennen. Bei entsprechender meist herzustellender Bereitschaft (Compliance) kann diese adäquat ausglichener werden. Weiter besteht die Chance, über den Tinnitus tatsächlich den möglichen „Aufschrei der Seele“ auch zu hören. Dann kann entweder in stützenden Gesprächen das Thema aufgegriffen werden oder - wenn nötig - die oft zu Grunde liegende zunehmende depressive Entwicklung psychotherapeutisch bearbeitet werden. Dies geschieht leider oft erst am Ende einer meist langen Odyssee in einer dann wiederum als Tinnitus-Klinik „getarnten“ psychosomatischen Einrichtung.

Beispiel 1:

Zu uns kam ein knapp 80jähriger, inzwischen im Ruhestand befindlicher evangelischer Geistlicher. Dieser machte im Prinzip einen fröhlichen lebensbejahenden Eindruck, litt aber sehr unter seinem zunehmend als quälend empfundenen Tinnitus.

Ohne den Hörbefund zu kennen, stellte sich im Erstgespräch die Frage, in wieweit er auch ohne – subjektiv nicht realisierter !!! - Schwerhörigkeit nach der Berentung und nach dem Tod seiner Frau Anlaß genug gehabt hätte, leidvoll zu reagieren.



Die Analyse der Hörsituation ergab nun eine beidseitige deutliche hochgradige Schwerhörigkeit, so daß ich im Kontakt mit dem Patienten mich intuitiv veranlaßt fühlte, ihm eine deutliche Besserung mit Hilfe von beidseitigen Hörgeräten in Aussicht zu stellen, wenn er nur 3 – 4 Wochen heftig daran mitarbeite.

In der Tat nutzte der sich beidseitig einstellende positive Zugang und auch in diesem Sinne der freudvoll erwartende Ansatz. So fühlte sich der Patient tatsächlich nach gut drei Wochen wie in einer neuen Welt und konnte nun sehr differenziert angeben, welche lang nicht mehr

Kraft meines Amtes als Oberarzt vermittelte ich dies auch sehr direktiv dem behandelndem Team, was auf der ärztlichen Seite ohne Widerspruch hingenommen wurde. Bedenken kamen, weitestgehend wortlos, aber dennoch mit deutlich sichtbaren Unbehagen, von der zuständigen Psychotherapeutin.

Obwohl nun eigentlich alles klar geregelt war und die Patientin auch wenig offenen Widerspruch nach außen trug, beschäftigte sie uns doch auch in mehreren Supervisionen nachhaltig. Dabei stellte sich heraus, daß die Patientin in einem Familiensystem aufgewachsen war, das seit mehreren Generationen hochgradig Schwerhörige und auch taube weibliche Mitglieder hatte. So war sowohl ihre Mutter als auch ihre Großmutter schwerhörig, wobei die Frauen untereinander für sich ausreichende oder ausreichend erscheinende nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten etabliert hatten.

Die Männer hingegen waren alle gut hörend und – wie sich herausstellte - immer sehr bemüht, daß die Schwerhörigen ihre Hörmöglichkeiten – auch mit Hörgeräten – verbesserten, u.a. um sich mit Ihnen unterhalten zu können.

Auch ihre eigenen Kinder wiesen ein ähnliches Muster auf. So war ihr älterer Sohn gut hörend, während die jüngere Tochter schwerhörig war, was aber beide nicht als Problem empfanden, anders als der Vater, der oft auf eine adäquate Verbesserung der Hörsituation drängt.

So zeigte sich auch in der „Reinszenierung“ in der Klinik, ein offensichtlich familiär lebenslanges Thema, in dem die Männer immer die Rolle der „autoritär“ Hörhilfen Anfordernden einnahmen und die Frauen eher ihre Schwerhörigen- Solidarität untereinander lebten, was zumindestens familiär tragend erschien.

Die gleiche Situation hatte sich nun – sicherlich nicht zufällig – in der Klinik etabliert, wo ich und der Assistenzarzt strikt darauf bestand, der Frau zu ihrem Glück zu verhelfen, während sich auf der anderen Seite eine passive andere Vorgehensweise durchsetzte.

Erst nachdem dies dann nun auch emotional im Team klar wurde, konnte auch ich auf meine Forderung nach einem Hörgerät verzichten und tatsächlich auf das „hören“, was der Patientin als **eigenes** Anliegen wichtig war. Dies war für sie die Beseitigung des Leidens am Tinnitus und eben nicht der Schwerhörigkeit. So war für sie subjektiv die Schwerhörigkeit auch innerhalb ihres Berufes als Kindergärtnerin eher eine willkommene Minderung des akustischen Pegels denn eine für sie empfundene Last.

Ausgehend davon haben wir dann mit der Patientin überwiegend körpertherapeutisch im Tai Chi gearbeitet, um den Tinnitus vom Kopf auf die Füße zu stellen. Dies führte dann nun unter „ärztlich nicht mehr behinderter“ Psychotherapie dazu, daß die Patientin, zwar ohne Hörgeräte, aber letztendlich mit Erfolg die Klinik verließ, was sich zumindestens hinsichtlich der Tinnitusbewältigung auch noch in den Nachuntersuchungen als tragend erwies.

An diesem Beispiel läßt sich auch noch einmal die „Weisheit“, oder zumindestens die Sinnhaftigkeit, der gesetzlichen Hörgeräteverordnung nachvollziehen. Diese legt einerseits objektive Kriterien hinsichtlich im Audiogramm nachzuweisenden Hörverlustes fest, ab dem eine Hörgerätversorgung für den Kostenträger erstattungspflichtig ist.

Gleichzeitig fordert sie in dem nicht unwesentlichen 3. Abschnitt die **subjektive Bereitschaft** des Patienten, das Hörgerät zu tragen und zu pflegen, eine Bedingung, die sich auf dem Hintergrund dieser Beispiele sicherlich wieder als verständlich erweist.

Insgesamt habe ich natürlich trotzdem gehofft, daß die Patientin letztendlich dann dennoch einen Zugang zu einer Hörgerätversorgung, zumindestens für ihre Tochter bekommt. Zumindestens darin liegt die Chance eines *reflektierten* therapeutischen Vorgehens. Darin

können dann die von der Patientin inszenierten Muster teilweise sehr anders als bisher gekannt und erlitten gestaltet werden.

Es zeigt sich ebenfalls, daß - auch - dieser Patientin ihr Glück nicht mit der Brechstange beizubiegen ist. Dabei ermöglichte es der insgesamt psychosomatische und therapeutische Raum, als Arzt nicht unendlich von einer Patientin enttäuscht zu sein, die einfach nicht „hören will“, „was für sie gut ist“. So bleibt zumindestens die Chance, über einen **anderen** Zugang letztendlich das zu verwirklichen, was **sie selber** günstig erfahren hat.

Teil II:

Was kann die Psychotherapie:

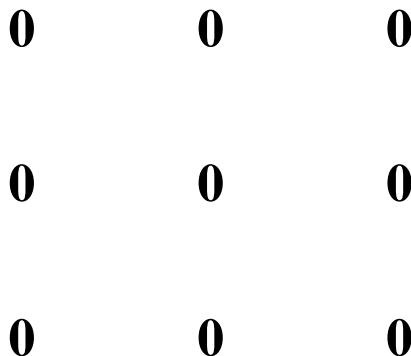
Psychotherapie heißt sinngemäß nichts anderes als „Therapie der Seele“. Eigentlich ist Psychotherapie also eigentlich nichts Unanständiges.

Dennoch ist Psychotherapie mit dem Ruch des „Verrückten“ versehen. Zudem wird denen, deren Probleme nicht rein organisch sind, oft unterstellt, sie seien auch selbst schuld. So ist es kein Wunder, daß psychologische Hilfe gemieden wird solange es nur geht.

Was kann nun - dennoch - die Therapie seelischer Probleme leisten? Ein Beispiel, aus einem Buch Paul Watzlawicks (1992) soll bei der Erklärung helfen:

Verbinden Sie bitte auf einem Extrablatt, die neun Punkte der folgenden Figur mit vier geraden, zusammenhängenden Linien.

Heben Sie beim Ziehen der Linien den Bleistift nicht ab:



(langes Warten!!!)

Vielleicht haben auch Sie, wie die allermeisten, denen diese Aufgabe gestellt wird, „von selbst“ eine nicht geforderte Bedingung hinzugefügt.

Gerade diese von Ihnen selbst hinzugefügte Bedingung macht nun die Lösung unmöglich. Es ist die Annahme, daß die Lösung innerhalb des durch die Punkte gegebenen Quadrates gefunden werden muß. Diese Bedingung, wurde aber nicht gestellt.

Versuchen Sie jetzt bitte die gleiche Aufgabe noch einmal mit 11 Punkten. Wahrscheinlich rückt die Lösung nun näher:

0 0 0 0

0 0 0

0 0 0

0

An dieser Aufgabe kann deutlich werden, daß Lösungen von außen manchmal einfacher zu sehen sind, als für die, die mitten im Problem verwickelt sind. Oft verharren wir wie die Kaninchen vor der Schlange und haben nicht die Freiheit, einen Schritt zurückzugehen und andere Möglichkeiten zu erproben.

So kann man nach Watzlawick eine weit verbreitete, gutartige Krankheit der Seele, die „Neurose“ verstehen. So beschreibt Watzlawick eine Neurose als einen anhaltenden Versuch, mit immer mehr vom selben ein *so* nicht erreichbares Ziel zu verwirklichen.

Oft kann nicht gesehen werden, daß etwas anderes mit vielleicht viel weniger Mühe erfolgsversprechender ist. Ein Beispiel wäre ein Mensch, der mit dem Kopf durch die Wand will, obwohl sich 20 Meter weiter eine Tür befindet, die er aber vor lauter zunehmender Wut nicht sehen kann.

Bei der oben gestellten Aufgabe ist das Problem nur zu lösen, wenn man über den - scheinbar - gegebenen Rahmen hinausgeht.

Damit ist ein wichtiges Element bei der Psychotherapie benannt.

Psychotherapie hat die Funktion des einführenden Blickes von außen.

Dies kann dem Verwickelten helfen, Dinge nachspürbar zu erkennen, die zwar meistens da sind, aber nicht wahrgenommen werden können.

Ein Mensch kann so während der Psychotherapie nur eine Menge Hilfestellung erfahren. Er kann zudem viele, für ihn neue Zusammenhänge über sich kennenlernen.

Dabei hat auch die Psychotherapie Nebenwirkungen.

Alles was wirkt, hat auch Nebenwirkungen.

Eine davon ist, daß man nun nicht einfach so weiter machen kann wie bisher. Das kann schmerzhaft sein. Das Gewohnte hat, auch wenn es mit Unbill verbunden ist, oft immer noch etwas Vertrautes. Etwas Vertrautes mag und kann man so schnell nicht aufgeben.

Nun läßt sich Psychotherapie nicht einfach wie Tabletten oder Krankengymnastik verordnen. Sie wirkt nicht, wenn man nur geschickt wird und guckt, was einem der Fachmensch zu sagen hat.

Psychotherapie kann nur weiter helfen bei eigener - bewußten oder unbewußten - Motivation zu Veränderung. Diese ist - verständlicherweise - oft erst in tiefer Not gegeben, wozu sollte man sonst etwas ändern.

Zu Not und Verzweiflung kann der Tinnitus oft deutlich beitragen. Bei den Menschen, bei denen die Krankheit „Sinn“ machen könnte, bewirkt sie vielleicht auch, daß die Betroffenen aus einem krankmachenden System herausfallen, wenn es sonst nicht geht. Dann aber können sich über die Not hinaus oft neue Räume eröffnen.

Was ist nun aber die richtige Therapie - speziell bei Tinnitus?

Die verschiedenen Psychotherapie-Richtungen:

Im Blickpunkt: der Ganze Mensch

Man unterscheidet in dem großen Feld der psychotherapeutischen Ansätze zwei große, von den Krankenkassen anerkannten Verfahren: Die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und die lerntheoretisch ausgerichtete Verhaltenstherapie.

Die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren werden oft mit dem Liegen auf der Couch und Freud verbunden. Dies stimmt so schon lange nicht mehr, sondern wurde vielfach den Erfordernissen und Erkenntnissen der Zeit angepaßt. Nach wie vor aber haben tiefenpsychologische Verfahren den Beziehungshintergrund und mögliche Beziehungskonflikte im Blickpunkt. Eine wichtige Annahme der tiefenpsychologischen Verfahren ist, daß hinter vielen Krankheitsverläufen Konflikte verborgen sind, die Auslöser des Symptoms sind.

Im Unterschied dazu setzt die Verhaltenstherapie an den Symptomen, in diesem Fall dem Leiden am Tinnitus, und zielt konkret auf praktische Verbesserungen.

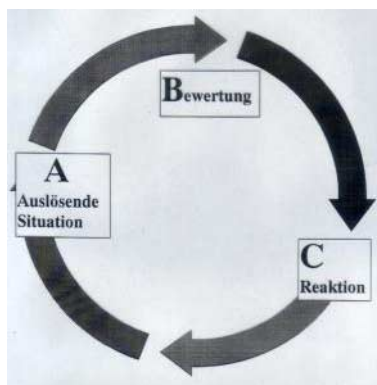
Beide Verfahren sind im praktischen Umgang gar nicht so verschieden, wie oft angenommen wird. Beide schauen sich das gesamte Problemknäuel mit Hilfe Ihrer Möglichkeiten an.

Der deutliche Unterschied liegt aber im Ansatz. Bildlich könnte das heißen, beide greifen vor allem am Anfang andere Fäden aus dem Knäuel auf.

Die kognitive Verhaltenstherapie

Was die formale Therapierichtung angeht, so ist vom Ansatz her die Verhaltenstherapie, sinnvoll und wird oft empfohlen. Bei Tinnitus bietet sich besonders die sogenannte „kognitiv ausgerichtete Verhaltenstherapie“ an.

Sie zielt besonders auf die Beurteilungen und Bewertungen, die Kognitionen, in diesem Fall hinsichtlich des Tinnitus Leidens. Dabei spielt das „ABC“ der Gefühle eine wichtige Rolle:



Um die veränderbaren Anteile des Tinnitusgeschehens mit dem Patienten anzugehen, muß zunächst die i n d i v i d u e l l e Lebens- und Lerngeschichte mit ihren Erfahrungen und

Bewertungen auf der Grundlage der somatischen und psychologischen Bedingungen erfaßt werden.

Im Vordergrund der Diagnostik stehen (zunächst) Faktoren, die an der Auslösung und/oder an der Aufrechterhaltung der psychischen und psycho-physiologischen Störungen beteiligt sind. Basierend darauf kann ein Wirkmodell aufgestellt werden, das Grundlage für die Therapieplanung sein kann.

“Klassische” verhaltenstherapeutische Elemente sind dabei

- ◆ das verhaltensdiagnostische Interview
- ◆ die Verhaltensbeobachtung mit den Techniken der Selbst- und Fremdbeobachtung (Video!),
- ◆ psychologische Fragebögen
- ◆ diagnostische Rollenspiele
- ◆ ggf. Verhalten in der Gruppe.

Diese sind speziell bei Tinnitus Patienten durchaus vielfältig erweiterbar, hier besonders in der Einbeziehung des Körpererlebens und des Körperbildes.

Bei einer sachgerechten Diagnostik stellt sich heraus, daß selbst primär linear erscheinende Bedingungsvorstellungen, werden sie mit Leben gefüllt, keineswegs eindimensional sind.

Vielmehr sind diese wertvoll und hilfreich, weil sie es symptombezogen ermöglichen, die meist vielschichtige Problematik in ihren gestaltbaren Anteilen in immer wieder sinnvolle, überschaubare Arbeitsschritte zu gliedern, die somatische, psychische und auch soziale Faktoren enthalten.

Verstehen

Im weiteren gilt es zu verstehen, warum ein vergleichsweise leiser und gleichförmiger Reiz nicht, wie (fast) alle anderen gleichförmigen Reize, durch Gewöhnung extinguiert wird, sondern Prozesse wie Unruhe, Nervosität, Schlafstörungen bis hin zu depressiven Entwicklungen, wie sie beim chronisch komplexen Tinnitus Leiden regelmäßig auftreten, auslösen kann.

Grundlage dafür ist die evolutionär erworbene Fähigkeit, durch den Fernsinn Hören sich neu auftretenden Geräuschen sofort und in höchster Alarmbereitschaft zuzuwenden, um frühzeitig Gefahren begegnen zu können, ehe die Nahsinne wie das propriozeptive System Schaden erleben muß.

So werden neue Reize neuronal in Sekundenbruchteilen - meist unter Auslassung des bewußten Erlebens - mit dem limbischen System verschaltet und zunächst mit den vorliegenden vererbten Mustern (Zwischenhirn) sowie etwas später mit den individuell erlernten Eindrücken (Neocortex) verglichen und bewertet.

So trifft jeder neue Ton auf das gesammelte evolutionäre Wissen mit all seinen überlebenswichtigen Erfahrungen, notwendigerweise aber auch Vorurteilen, und auf die Summe der bereits erlernten und abgespeicherten Eindrücke. Dabei gilt für das vererbte wie individuell Erlernte, das in der Regel die früh erworbenen Muster die später hinzugekommenen Erfahrungen mitbeeinflussen und sich so - quasi zwiebelschalenartig - (Lern-) Folie über Folie legt.

Auch die Reaktion des limbischen Systems auf das Ergebnis der Abgleichung mit den vorhandenen Mustern und ihrer Bewertung erfolgt in der Regel noch vor Erreichen des Bewußtseins. Dieses wird nur in den wenigsten Fällen und dann oft erst begleitend oder gar

im Nachhinein in Anspruch genommen. Im Falle von mit Aufmerksamkeit und Angst bewerteten Ergebnissen reagiert das limbische System mit der sofortigen Ausschüttung von (Streß-) Hormonen und mit der Aktivierung motorischer Efferenzen. Diese versetzen den Menschen in einen Spannungszustand, der wiederum sofort Reaktionen wie Angriff - Flucht - Totstellen ermöglicht. Nur wenn anschließend (!) (kognitiv) etwas Bekanntes oder Vertrautes identifiziert und damit Entwarnung gegeben wird, darf konsekutiv Entspannung einkehren. Ansonsten ist es wichtig - biologisch gelernt: überlebenswichtig -, sich mit dem Neuen solange auseinanderzusetzen, bis ein ungefährlicher Umgang gefunden ist.

So lassen sich allgemein im ABC der Hörwahrnehmung folgende Faktoren herausstellen:

A: Wird die Geräuschquelle (der Reiz) erkannt,

ja oder nein

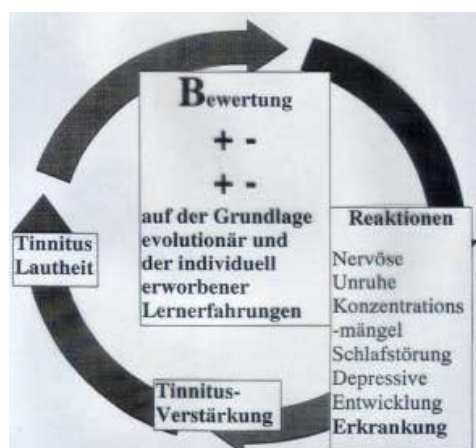
B: Wie wird diese - meist unbewußt - bewertet

positiv oder negativ

Dann folgt

C: die - meist unwillkürliche - Reaktion

So wird - ohne die oft von Patienten gefürchteten funktionellen Schäden wie Tumoren oder psychiatrische Krankheitsbilder bemühen zu müssen - erklärbar, warum ein akut aufgetretener Tinnitus als neuer, unbekannter und negativ bewerteter Reiz bei seinem Auftreten ein sehr beunruhigendes, zu Handlungen anforderndes Ereignis sein muß und diese Beunruhigung mit Erhöhung des Aktivitätsniveaus zu zahlreichen vegetativen Folgeproblemen führen kann.



Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, als Grundlage aller therapeutischen Bemühungen eine für den Patienten stimmige Information über das neue Geräusch zu finden, da erst diese erlauben darf, daß Beruhigung und Senkung des Aktivitätsniveaus möglich wird.

Die Entwicklung eines Krankheits- oder Tinnitusmodell mit dem Patienten zusammen ist Vorbedingung für eine effektive Therapie.

Was hält die Symptome aufrecht?

Erfolgt keine Entwarnung, so muß der Tinnitus als Träger einer weiter unbekanntem Information in einem aktiven Prozeß verstärkt in der Aufmerksamkeit bleiben und vor der Habituation bewahrt werden.

Die Folgen können vielfältig sein. Sie hängen u.a. ab von biologischen und psychologischen Ressourcen und Schwachstellen und zu großen Teilen von individuellen Lernerfahrungen. Insbesondere letztere sind veränderbar, wenn auch - sinnvollerweise - nicht "auf den Kopf zu stellen".

Nun findet einerseits die Situation, daß der Tinnitus auf einen bisher somatisch und psychisch (weitgehend) gesunden Menschen getroffen ist und bei diesem als Reaktion die im ICD 10 unter F.43.2 beschriebenen sog. Anpassungsstörungen mit Nervosität, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und oft einer depressiven Entwicklung ausgelöst hat. (über 80% der dekompenzierten Tinnituspatienten, eigenes Krankengut).

Andererseits rückt der Tinnitus häufig in einer krisenhaften Situation in die Wahrnehmung, und dies oft, wenn auch nicht notwendigerweise bei bereits organischer Vorschädigung (etwa einer vorbestehenden Lärmschädigung).

Nun hat die Seele meist nicht die Möglichkeit, sich einfach verständlich in Sprache oder gar „rational“ auszudrücken, sondern bedarf anderer Überbringer der Botschaft. Dies sind oft körperliche (somatisierte) Beschwerden. Dem Tinnitus kann dabei die Aufgabe zu kommen, einen – meist großen - Teil der unbewußten Angst im seelischen Prozessee zu binden. Der Vorteil dieser – auf unbewußter Ebene bestmöglicher - Konfliktlösung ist, daß damit die Angst eine Adresse bekommt und „als Aufschrei der Seele“ nach Außen getragen werden kann.

Im psychoanalytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar. Wir sagen oft, daß der Tinnitus der somatische (körperliche) Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozessee ist. Der Körper äußert sich da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann.

Die – dem Patienten und natürlich auch dem Umfeld nicht bewußte - Gefahr liegt allerdings darin, daß der Schrei nach Hilfe auf die körperlich empfundene (somatisierende) Komponente beschränkt bleibt. Dadurch ergeben sich – im besten Bemühen – 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 über und hinter dem Tinnitus-Leiden die körperlich ausgedrückte, aber seelisch getriebene Not verstanden und bearbeitet wird, kann aus der Krise auch eine Chance und Herausforderung werden.

Als Ursache der Tinnituswahrnehmung muß dann eine Schwächung der zentralen Hörfilterfunktionen im Rahmen einer psychologischen Erkrankung oder relevanten Konstellation vermutet werden.

Obwohl die obige Differenzierung aus diagnostischen und therapeutischen Gründen hoch relevant ist, entsteht in beiden Fällen ein - Energien und Ressourcen benötigender - Kreislauf der gegenseitigen Verstärkung. Der Tinnitus verstärkt die zunehmend pathologisch werdenden Reaktionen, die zunehmend psychische Not verstärkt die Tinnituslautheit. Wird dieser Prozeß weder bewußt noch unbewußt durchbrochen, kann dies - konsequent weitergedacht und beobachtet - in der totalen Erschöpfung enden, zunächst unabhängig von der jeweiligen Initialzündung.

In diesem “Circulus vitiosus” ist es entscheidend, welche Komponenten belohnt werden und welche nicht oder gar, was selten ist, “bestraft” werden. Grob gesagt ist die Frage, ob - auf dem Hintergrund des “äußeren” und “inneren” Wertesystems - eher Elemente der Salutogenese oder der Pathogenese belohnt werden. Das gilt vor allem für die psychogene Symptomatik. Hier gehen lerntheoretische Vorstellungen davon aus, daß insbesondere neu hinzugekommene Verhaltensweisen durch Belohnungs- und Strafreize verfestigt werden.

Belohnung 1. Ordnung: direkte positive Verstärkung, z.B. Lob oder Belohnung bei erwünschtem Verhalten

Belohnung 2. Ordnung: Vermeidung von Strafe bei erwünschtem Verhalten

Strafreiz 1. Ordnung: direkte Bestrafung bei unerwünschtem Verhalten

Strafreiz 2. Ordnung: Auslassen von Belohnung bei unerwünschtem Verhalten

Daß dies ein durchaus komplexer, meist durch nonverbale und überwiegend durch unbewußte Anteile bestimmter Prozeß ist, soll an einem öffentlich gewordenen Beispiel verdeutlicht werden:

Als der kaum geborenen Hermes listig die Kuhherde seines Halbbruders Apollo stahl und dies zunächst fast erfolgreich leugnete, tadelte ihn Zeus ob seines Verhaltens und gebot ihm konsequent, die Herde wieder herauszugeben.

Nicht verhehlen konnte er dabei aber seine Bewunderung für die diebische Leistung seines Schützlings.

Wie bekannt, scheint sich bei der weiteren Entwicklung des Hermes, der auch Schutzgott der Trickbetrüger und Diebe wurde, das nonverbale Lob mehr als die ausgesprochene Strafe durchgesetzt zu haben.

Auch bei den hinzugekommenen Verhaltensweisen nach Auftreten des Tinnitus wird sicherlich nicht verbal das Leiden am Tinnitus belohnt. Oft wird aber die Arbeit an den (meist unbewußten) Kognitionen nicht ausreichend beachtet und im Gesamtverhalten doch mehr der krankmachende oder die Krankheit erhaltende Prozeß statt der Förderung der gesunden Anteile belohnt.

Speziell für die Aufrechterhaltung und Chronifizierung insbesondere der Tinnitus Angst und später auch des Angst-Tinnitus haben Prozesse der negativen Verstärkung (Belohnung II. Ordnung) oft entscheidenden Einfluß.

Bei Situationen, die mit Befürchtungen u.a. hinsichtlich des Tinnitus verbunden sind, meist aber unmittelbar vorher, kommt es oft zu einem Vermeidungsverhalten. Die Belohnung besteht darin, daß unangenehme Folgen scheinbar erspart bleiben. Die Komplikationen dieses Vermeidungsverhaltens liegen darin, daß die Befürchtungen aber auch nicht auf ihre Realitätstüchtigkeit überprüft werden können.

Mit zunehmender Wiederholung können die zu vermeidenden Reize immer unspezifischer werden. Nun können schon **ähnliche** Situationen oder Phänomene zum Auslöser des Tinnitus Verhaltens führen, ein Vorgang, der als Reizgeneralisierung bezeichnet wird.

So können insbesondere Merkmale eines selbstbewußten Verhaltens immer seltener gezeigt werden und es kann damit zu einem immer weiter ausgedehntem Verhaltensdefizit kommen.

Der Tinnitus kann aber auch das erste, für den Patienten hörbare! Zeichen einer seelischen Not oder Krise sein. Dann zeigt er oft die seelische Angst und/oder wird zum ersten - körperlich empfundenen - Zeichen einer Bedrohung des seelischen Gleichgewichtes. Oft, aber nicht notwendigerweise, liegen bereits organische Vorschädigungen (etwa einer vorbestehenden Lärmschädigung) vor, meist auch ein bis dahin erträglicher oder gar unbedeutender Tinnitus. Wenn der Tinnitus derart in einer krisenhaften Situation in die Wahrnehmung gerückt ist, vermuten wir als Ursache der verstärkten Tinnitus-Wahrnehmung eine Schwächung der Hörfilter.



Nun hat die Seele meist nicht die Möglichkeit, sich einfach verständlich in Sprache oder gar „rational“ auszudrücken, sondern bedarf anderer Überbringer der Botschaft. Dies sind oft körperliche (somatisierte) Beschwerden. Dem Tinnitus kann dabei die Aufgabe zu kommen, einen – meist großen - Teil der unbewußten Angst im seelischen Prozesses zu binden. Der Vorteil dieser – auf unbewußter Ebene bestmöglicher - Konfliktlösung ist, das damit die Angst eine Adresse bekommt und „als Aufschrei der Seele“ nach Außen getragen werden kann.

Im analytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar. Wir sagen oft, daß der Tinnitus der somatische (körperliche) Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses ist. Der Körper äußert sich da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann.

Die – dem Patienten und natürlich auch dem Umfeld nicht bewußte - Gefahr liegt allerdings darin, daß der Schrei nach Hilfe auf die körperlich empfundene (somatisierende) Komponente beschränkt bleibt. Dadurch ergeben sich – im besten Bemühen – 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 über und hinter dem Tinnitus-Leiden die körperlich ausgedrückte, aber seelisch getriebene Not verstanden und bearbeitet wird, kann aus der Krise auch eine Chance und Herausforderung werden.

Therapie

Schon die Aufklärung über das ABC der Hörwahrnehmung und das Aufzeigen nachvollziehbarer Wirkfaktoren in einem stimmigen Bedingungsmodell für das Tinnitus verstärkende Wirkgeschehen hat in der Regel angstvermindernde Effekte.

An erster Stelle muß in der Therapie dann eine Arbeit an den Kognitionen stehen.

Konkret auf das Symptom Tinnitus bezogen heißt das die Bearbeitung dessen, was der Tinnitus - in der Vorstellung des Patienten - krankmachend bewirken kann und was nicht.

Häufige Befürchtungen sind, daß der Tinnitus:

- ◆ mit der Zeit lauter wird
- ◆ der Grund für eine, ggf. weitere Hörverschlechterung sein kann
- ◆ “verrückt” machen kann

Dem stehen die praktisch und nachvollziehbar zu vermittelnde Erfahrung und die auch nonverbal zu vermittelnde Gewißheit gegenüber, daß der Tinnitus

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

Dennoch zeigt sich am oben erwähnten Beispiel des Hermes, daß die entscheidenden Kognitionen in der Regel zumindest nonverbal und meist unbewußt sind. Diese haben sich für das somatische und psychische Überleben in der Regel über Milliarden Jahre evolutionär entwickelt - bei den erlernten meist seit der frühen Kindheit - und auch bewährt, so daß nicht jedes Mal über sie nachgedacht werden muß. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, daß diese Kognitionen dennoch bei neuen Fragestellungen, etwa der Tinnitus Verarbeitung, häufig inadäquate Antworten geben.

Nun sind wir als Menschen in der Lage, über unseren Neocortex Vorurteile zu revidieren und akut hinzu zu lernen, insbesondere wenn sich der althergebrachte Lösungsversuch als untauglich erweist. Dies ist die Grundlage jedes medizinischen Counselings und auf dem Verständnis der allgemeinen und individuellen Lernvorgänge der Ansatz der kognitiv orientierten Verhaltenstherapie.

Dabei zielt die Therapie auf die Veränderung der Bewertung des Gehörten, von dem insbesondere bei Tinnitus Leidenden modellhaft angenommen wird, daß - nach Ausschluß organischer Faktoren - die Bewertung des Gehörten und die Kognition den Folgezustand auslösen, oder ihn zumindest wesentlich beeinflussen und aufrecht erhalten.

Kann diese Bewertung geändert und/ oder therapeutisch bearbeitet werden, so ändert sich die Grundlage für die Aufrechterhaltung des maladaptiven Verarbeitungsprozesses und so zumindest ein wesentliches Element für die Aufrechterhaltung der Störung.

Die Psychologische Symptomatik

Liegt bereits ein möglicherweise habituell gewordenes Verhaltensdefizit vor oder ist dieses Ursache des Tinnitusleidens, muß dieses selbstverständlich bearbeitet werden, auch wenn der Tinnitus kein Thema mehr ist, sofern die Motivation des Patienten gegeben ist.

Erweitert werden muß dieser Ansatz ebenfalls, wenn hinter dem Tinnitusleiden andere und/oder darüber hinaus gehende Probleme verborgen sind, was sich im Laufe der Arbeit herausstellt. Dies gilt für ernsthafte depressive Episoden, die typischerweise Schlafstörungen beinhalten können, ebenso wie für massive Konflikte etwa familiärer Art, die eine Lösung der an den Tinnitus geknüpften Probleme verhindern, ob mit oder ohne Tinnitus. Dann kann - als meist unbewußter Prozeß - ein Leiden am Tinnitus subjektiv erträglicher sein als die Auseinandersetzung mit dem dahinterstehenden Konflikt. Damit ist das Problem über eine reine Tinnitus-Therapie auch nicht lösbar (Schaaf/Eschler 1997).

So muß das neurootologische Counselling und Retraining im engeren Sinne mit den psychotherapeutischen Bemühungen **Hand in Hand** gehen, um die durch die Krise angezeigte Not und Chance zu bearbeiten !!!! Da dies oft gar nicht so einfach ist, wird manchmal eine stationäre psychosomatische Behandlung notwendig. Hier kann dann die Neurootologie und die psychosomatische Behandlung unter Einbeziehung körperorientierter, oft gar nicht so psychotherapeutisch aussehender Verfahren Hand in Hand gehen. Dann kann meist ein Zugang zu den direkt oder zumindest mitbestimmenden wichtigen seelischen Konstellationen erschlossen werden. Dies kann in der Psychotherapie auch in Worte und Symbole übersetzt und weiterverfolgt werden, damit das Erfahrene auch verstanden und umgesetzt werden kann.

Abgeschlossen werden soll der therapeutische Prozeß idealerweise durch eine Übungsphase, die dem Patienten eine Reihe von Möglichkeiten vermittelt, die Tinnitus auslösenden Situationen anders als mit verstärkter Tinnitus-Lautheit und seinen spezifischen Reaktionen zu bewältigen. Diese werden in der Regel im verhaltenstherapeutischen Dialog, in der Vorstellungswelt und auch im Rollenspiel eingeübt, um dann in der Anwendungsphase schrittweise das Erlernete zu erproben.



Ob die Therapie Einzelnen oder in der Gruppenform durchgeführt wird, ist eine Frage der Art und Schwere der Erkrankung und nicht zuletzt auch der Ressourcen. Für beide Vorgehensweisen stehen inzwischen eine Reihe hilfreicher Anleitung und Manuals zu Verfügung (Greimel 1996, Hallam 1996, Kröner-Herwig 1997, Holtmann 1997)

Fast immer sinnvoll ist die Einbeziehung von Entspannungsverfahren wie der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) oder dem Autogenen Training (s. Kapitel 10).

Über Entspannungsverfahren können einerseits die Ressourcen der Betroffenen erhöht und zentrale Filterfunktionen - in Kombination etwa mit Rauschgeneratoren - gestärkt werden, andererseits können sie entspannend in den spannungs-geladenen Kreislauf von Tinnitus und Tinnitus-Verstärkung eingreifen.

Darauf aufbauend eröffnet es über die Bewältigung des Tinnitusleidens durchaus auch die Möglichkeit nach Fragen der weiteren seelischen Entwicklung und der Frage "nach dem Sinn des Lebens".

Chancen eröffnen und offen halten

Als unsere Aufgabe sehen wir es an, die Struktur dafür zu bieten, die einzelnen Puzzelsteinchen mit den Tinnitus-Betroffenen zusammensetzen und die verschiedenen Diagnosen in ein Gesamtbild zu ordnen.

Aufgabe unserer Patienten ist es, daraus erkennbare und nachvollziehbare Handlungsmöglichkeiten aufzunehmen und neue Schritte zu versuchen. Dies beinhaltet

symptomorientiert ein Hör- und Geräuschtraining sowie vielfältige, abgestimmte Möglichkeiten, das Tinnitus-Empfinden im oben beschriebenen Sinne zu verändern.

Offen ist die eine Chance, nicht nur ursächlich in das Tinnitus-Geschehen einzugreifen, sondern über einen ersten Schritt aus der Ohnmacht hinaus in einen Lebensweg zu kommen, in dem wieder Gestaltung und eine neue Lebensqualität möglich ist.



Internet

Tinnitus und Tinnitus – Leiden: <http://mitglied.tripod.de/helmutschaaf/index.html>
 M. Menière: <http://home.t-online.de/home/helmut.schaaf/index.htm>
 Schwindel <http://mitglied.tripod.de/drhelmutschaaf/index.html>

Literatur:

1. Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Hörtherapie. Stuttgart, Thieme
2. Hesse, G., Nelting, M., Schaaf, H. (1997) Tinnitus: Leiden und Chance. München, Profil
3. Nelting, M., Hesse, G., Schaaf, H. (1998): Tinnitustherapie mit Leib und Seele. München, Profil
4. Nelting, M., Schaaf, H., Rienhoff NK, Hesse G (1999): Katamnesis-study 1 or 2 years alter in patient treatment. In: Hazell, J. 1999 (ed.) Proceedings of the sixth international Tinnitus Seminar, Cambridge S. 558 f.
5. Schaaf, H, Hesse G. (1999) Gesundheitsratgeber: Tinnitus aurium. Alarm aus dem Innenohr. Ursachen, Diagnosen, Therapien, München, Midena
6. Schaaf, H (1999): Die cochleäre Endolymphschwankung. Rezidivierende Hörverluste mit tieffrequentem Tinnitus. In: Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Hörtherapie. S. 84- 87, Stuttgart, Thieme
7. Schaaf, H., Holtmann, H. (1999): Psychotherapie in der ambulanten Tinnititsbehandlung. Verhaltenstherapeutische Ansätze. In: Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Hörtherapie. S. 71- 81, Stuttgart, Thieme
8. Schaaf, H (1999): Unterstützende und begleitende Behandlungen: Entspannungsverfahren, Bewegungstherapien In: Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Hörtherapie. S. 82- 83, Stuttgart, Thieme
9. Schaaf, H. (1999) Die Hörwirklichkeit ist einzigartig und gestaltbar. In: Mecklenfeld, D. (1999) Die Welt in den Ohren. Lebensqualität mit Tinnitus. Sinnlich spürend lernen – leben – handeln. Dortmund Verlag Modernes Lernen. S. 15- 36
10. Schaaf, H. (1998) Zwischen Hoffen und Bangen. Tinnitus Bewältigungsstrategien nach der akuten und vor der chronischen Phase. In : Tinnitus Klinik Arolsen (Hg.) Hyperakusis. Arolser Schriften III S. 57-72

11. Schaaf, H. (2000): Leiden und Heilen wie im Märchen. Tinnitus-Forum 2/2000, Wuppertal S. 6-7
12. Schaaf, H. (2000): Morbus Menière. Ein psychosomatischer orientierter Leitfaden. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Heidelberg, Springer, S. 191
13. Schaaf, H. und Holtmann, H. (2000) Depressionen im Gefolge des Leidens an Tinnitus. Tinnitus-Forum 2/2000, Wuppertal S. 18-19
14. Schaaf, H., Hesse, G.(1999) TRT: Tinnitus Retraining Therapie. München Psychomed 11/3 S. 170-173
15. Schaaf, H., Nelting, M, Hesse G. (1999) Schwindel – psychosomatisch gesehen. München, Wien. Profil.