

Prä- und Post-Ergebnisse einer stationären neurootologisch fundierten und psychosomatischen Tinnitusstherapie

H. Schaaf & G. Hesse

HNO

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

ISSN 0017-6192

Volume 63

Number 8

HNO (2015) 63:577-582

DOI 10.1007/s00106-015-0046-1

Band 63 · Heft 8 · August 2015

HNO

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

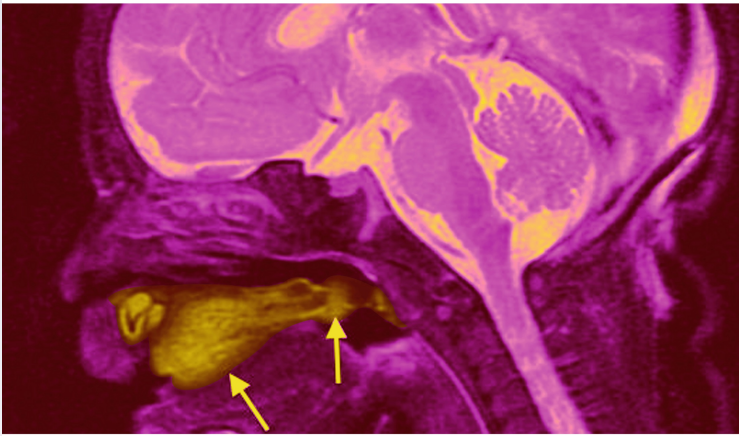
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei erwachsenen CI-Trägern
Obliteration von Mastoidhöhlen
Höranstrengung bei Cochlea-Implantaten
Hamartome im Kopf-Hals-Bereich

Ergebnisse einer stationären neurootologisch fundierten und psychosomatischen Tinnitusstherapie
Nutzenbewertung in der Medizintechnik


Maligne Melanome im Kopf-Hals-Bereich. Teil 2

CME

Indexed in Science Citation Index Expanded and Medline



www.HNO.springer.de
www.springermedizin.de

 Springer Medizin

Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Berlin Heidelberg. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

HNO 2015 · 63:577–582
 DOI 10.1007/s00106-015-0046-1
 Online publiziert: 29. Juli 2015
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Redaktion

P. K. Plinkert, Heidelberg
 B. Wollenberg, Lübeck

H. Schaaf¹ · G. Hesse²

¹ Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Krankenhaus Arolsen, Bad Arolsen, Deutschland

² Ohr und Hörinstitut, Universität Witten-Herdecke, Witten-Herdecke, Deutschland

Prä- und Post-Ergebnisse einer stationären neurootologisch fundierten und psychosomatischen Tinnitustherapie

Hintergrund

Tinnitus als Phänomen bezeichnet alle Formen von nicht durch äußere Schallquellen bedingten Hörwahrnehmungen, die auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen [10] und nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen [4]. Dabei lässt sich die subjektive Tinnituslautheit maximal 5–15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitusformen [12].

Im Idealfall kann beim Symptom Tinnitus sachgerecht und leitlinienkonform neurootologisch vorgegangen werden. Damit kann – nach einer Ab- und Aufklärung (Counselling) durch den HNO-Arzt und einer sachgerechten Hörunterstützung – insbesondere Tinnituspatienten ohne psychische Zusatzbelastung oft ausreichend geholfen werden. Bei relevanten psychischen Zusatzbelastungen ist eine ambulante psychotherapeutische Unterstützung indiziert. Die psychische Belastung ist in der Regel schon in der Schweregraderfassung im Mini-Tinnitus-Fragebogen (Mini-TF12) nach Goebel und Hiller zu erkennen und muss dann durch eine spezifische psychologische Diagnostik verifiziert werden.

Erst wenn die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, soll eine stationäre Therapie erfolgen – so die Leitlinie Tinnitus 2015 [1]. Nur schwe-

rerleidende, psychosomatisch stärker belastete Patienten sollten – auch initial – stationär psychosomatisch behandelt werden: „Kann ein Patient mit schwerer Dekompensation auf Grund tinnitusinduzierter Hilflosigkeit nicht ambulant behandelt werden, soll bei erheblicher psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbidität eine primäre stationäre Therapie indiziert werden“ [1].

Dies wird gesehen, wenn bei *Grad III* der Tinnitus zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich (mit emotionalen, kognitiven und körperlichen Auswirkungen) führt, oder gar bei *Grad IV* der Tinnitus zur völligen Dekompensation im privaten Bereich und zur Berufsunfähigkeit führt.

Gefordert wird in der Leitlinie, dass die dann angestrebte stationäre Therapie auch evidenzbasierte Behandlungsverfahren umfasst, wobei nur das Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie anerkannt wird.

Methodik

Konzept der Tinnitus-Klinik

Ohne einem festgelegten Manual zu folgen, besteht in der Tinnitus-Klinik der Autoren der Ansatz, Tinnituspatienten auf einer fundierten neurootologischen Grundlage zu behandeln und diese mit einer psychosomatischen Sichtweise zu verbinden, die das körperliche Symptom

genauso ernst nimmt wie die Psyche der Betroffenen.

Es gibt den Trend, Tinnitus als eine [1] von vielen Möglichkeiten der „Komorbidität“ zu betrachten, die weiter psychiatrisch behandelt werden muss. Gegen diesen Trend wird mit Hoffmann und Hochapfel [15] ein solches Vorgehen seinem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden, bei der im Behandlungsteam psychosomatische und psychotherapeutische Ansätze Hand in Hand mit den neurootologischen Maßnahmen gehen.

Durchgeführte Behandlungselemente

Untersucht werden soll, ob sich dieser Behandlungsansatz in messbarer Weise als ausreichend wirksam erweist. Die Grundelemente der stationären Behandlung sind in **Tab. 1** aufgeführt.

Material und Methode

Zwischen dem 01.01.2010 und dem 31.12.2014 wurden fortlaufend 475 Patienten mit komplexem Tinnitusleiden behandelt. Nicht berücksichtigt werden konnten 24 Patienten, bei denen die Testdiagnostik mit Mini-TF12 [14] und Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS, [9]) am Anfang und am Ende unvollständig war.

Nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden in dieser Zeit 83 Patienten,

Originalien

Tab. 1 Grundelemente der durchgeführten stationären Behandlung

1. Morgendliche Aktivierung mit Bewegung (Walking im Wechsel mit Thai-Chi-Übungen)
2. Tägliches neurootologisches Counselling und Psychoedukation (30 min) in einer 10er-Gruppe
3. Eine auf die individuelle Störung ausgerichtete Hörtherapie, in der die Teilnehmer auch an aversive Stimuli und Sensationen herangeführt werden, 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 verstehbarer ärztlicher Besprechung (in der Gruppe und einzeln mindestens einmal die Woche)
7. Einzel- und Gruppenpsychotherapie beim selben Psychotherapeuten mit <ul style="list-style-type: none"> – kognitiver Umstrukturierung der tinnitusverstärkenden Gedanken, – Expositionsübungen mit vorbereiteter und unterstützter, gestufter Konfrontation mit den einzelnen angst- und tinnitusauslösenden Reizen, – soweit möglich: kritischer Auseinandersetzung mit der Funktion des Tinnitus, auch der für den Patienten unbewussten Anteile, – meistens: Motivierung zur weiteren ambulanten Psychotherapie
8. Wenn nötig: Besprechen der Möglichkeit von Antidepressiva und Einsatz meist von SSRI

SSRI „selective serotonin reuptake inhibitors“, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, PMR Progressive Muskelrelaxation.

Tab. 2 Verteilung des Tinnituschweregrads zu Beginn und am Ende der Behandlung

Tinnituschweregrad	Anfang		Ende	
	(n)	(%)	(n)	(%)
TF 1	61	16,5	289	78,5
TF 2	62	16,8	46	12,5
TF 1 + TF 2		33,3		91,0
TF 3	156	42,4	27	7,3
TF 4	89	24,2	6	1,6
TF 3 + TF 4		66,6		8,9

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt.

die – eingewiesen durch die Berufsgenossenschaft oder eine Unfallkasse – ein unfallausgelöstes Leiden aufwiesen, das therapeutisch kaum beeinflussbare aufrechterhaltende Faktoren hätte aufweisen können. Somit wurden 368 Patienten in die Untersuchung einbezogen.

Die Untersuchung der Tinnituspatienten beinhaltete u. a.:

- eine genaue medizinische Anamnese,
- audiometrische Untersuchungen mit Ton- und Sprachaudiometrie,
- eine Tinnitusbestimmung.

Bei allen Patienten wurden Sozialdaten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildung, Beruf und Berufstätigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit) erfragt.

Testdiagnostik

Eingesetzt wurden als standardisierte Fragebögen bei Beginn und Ende der Therapie:

Mini-Tinnitus-Fragebogen nach Hiller und Goebel

Der etablierte Fragebogen Mini-TF12 dient der Bewertung des subjektiven Schweregrads des Tinnitusempfindens. Über die Zusammenzählung wird der Schweregrad ermittelt.

- Grad I: leicht: 0–7;
- Grad II: mittelgradig: 8–12;
- Grad III: schwer: 13–18;
- Grad IV: sehr schwer: 19–24.

Der Mini-TF12 [14] weist konstruktionsbedingt eine deutlich bessere Verän-

derungssensitivität auf als der Tinnitus-Fragebogen [5] mit 40 Items.

Hospitality Anxiety and Depression Score – Deutsche Version

Mit der deutschsprachigen Version des HADS [9] sollen die Angst und die Depressivität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden erfasst werden. Die Angstskala (HADS-A) umfasst die Komponenten der generalisierten Angstsymptomatik und das Auftreten von Panikattacken. Die Depressionsskala (HADS-D) erfragt die Symptome der Anhedonie (Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs). Die Angstskala hat einen Cut-off-Wert bei Werten von 10/11, die Depressionsskala einen Cut-off-Wert bei 8/9 Punkten.

Statistik

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS für Windows (SPSS Version 22). Zur Bestimmung der Gruppenunterschiede wurden T-Tests für abhängige Stichproben mit $T = \text{Prüfgröße}$ und $p = \text{Signifikanzwert}$ berechnet. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede wurden bei einem globalen Signifikanzniveau von $p < 0,05$ angenommen. Für multiples Testen wurde mithilfe der Bonferroni-Korrektur kontrolliert, sodass für jeden Fragebogen ein signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05 / 3 = 0,0167$ angenommen wurde.

Ergebnisse

Geschlechts- und Altersverteilung

234 (63,6 %) der Patienten waren männlich, 134 (36,4 %) weiblich. Der Altersdurchschnitt lag bei 50,9 Jahren (SD = 12,43, die Altersspanne ging von 20 bis 81 Jahre).

Audiometriebefunde der Tinnituspatienten

17,9 % (n = 66) der Patienten waren beidseits normalhörig. 35,9 % (n = 132) wiesen einseitige Schwerhörigkeiten mit Indikation zu einer Hörgeräteverordnung auf, d. h. der tonaudiometrische Hörverlust erreichte 30 dB entweder allein bei

Zusammenfassung · Abstract

HNO 2015 · 63:577–582 DOI 10.1007/s00106-015-0046-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

H. Schaaf · G. Hesse

Prä- und Post-Ergebnisse einer stationären neurootologisch fundierten und psychosomatischen Tinnitus-therapie

Zusammenfassung

Hintergrund. Die stationäre Behandlung des chronisch komplexen Tinnitusleidens kann für Patienten erforderlich werden, die eine hohe Symptombelastung, meist mit einer entsprechenden psychischen Komorbidität, aufweisen und/oder die ihr psychogenes Leiden nur somatisierend im Tinnitus wahrnehmen können.

Methode. Vorgestellt werden Ergebnisse von 368 fortlaufend stationär behandelten Patienten mit komplexem Tinnitusleidens. Dabei wurden die Hörbefunde erhoben sowie am Anfang und Ende der Behandlung der Mini-Tinnitus-Fragebogen (Mini-TF12) nach Hiller und Goebel sowie zur Abschätzung der Angst- und der Depressionskomponente die deutschsprachige Version des Hospitality An-

xiety and Depression Score (HADS) eingesetzt und aus beiden die Effektstärken bestimmt. Die Therapie dauerte im Durchschnitt 38,8 Tage (Standardabweichung, SD: 13,6), d. h. 5,5 Wochen. Schwerpunkte waren eine hochfrequente störungsspezifische neurootologische Aufklärung und Psychoedukation, die Verbesserung der Hörfähigkeit mittels apparativer Versorgung, eine darauf abgestimmte Hörtherapie und eine hochfrequente Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Ergebnisse. Bei 82,1 % der Patienten bestand neben dem Tinnitusleidens eine versorgungspflichtige Hörminderung. Nach Abschluss der stationären Behandlung wurde eine signifikante Verbesserung der Tinnitusbelastung im Mini-TF12 und eine

signifikante Minderung der Depressions- und Angstkomponente im HADS mit hohen Effektstärken von 1,6 bis 2,2 erreicht. Bei 8,9 % der Patienten wurde keine Minderung der Tinnitus-symptomatik in den leichten bis mittelgradigen Bereich hinein erzielt.

Schlussfolgerung. Bei entsprechendem Symptomdruck kann eine störungsspezifische stationäre Tinnitus-therapie mit neurootologischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt mittel- bis hochgradig effektiv sein.

Schlüsselwörter

Tinnitus · Neurootologie · Psychotherapie · Hörgeräte · Fragebogen

Pre- and posttreatment results of an inpatient neurotologic and psychosomatic tinnitus therapy

Abstract

Background. Inpatient treatment of chronic complex tinnitus can be necessary for patients with a high symptomatic strain, mostly accompanied by a corresponding mental comorbidity, and/or for patients that can only perceive their psychogenic suffering through somatization into tinnitus.

Methods. We report the results of 368 consecutively treated inpatients with chronic complex tinnitus. Patients' audiometric data were collected, and at the beginning and end of treatment, the Mini-Tinnitus Questionnaire (Mini-TQ12; Hiller und Goebel) was completed, as was the German version of the Hospitality Anxiety and Depression Score

(HADS). Effect sizes were calculated for both questionnaires. Mean treatment duration was 38.8 days (standard deviation, SD: 13.6 days). The main therapeutic elements were intensive disorder-specific neurotologic counselling and psychoeducation; improvement of hearing by fitting of hearing aids, complemented by an individualized hearing therapy; and intensive individual and group-based psychotherapy.

Results. In addition to tinnitus, 82.1 % of the patients had reduced hearing requiring rehabilitation with hearing aids. After hospitalization, a highly significant improvement in tinnitus strain could be demonstrated by the Mini-TQ12. Furthermore, a significant

reduction in the depression and anxiety components of HADS was also achieved, with high effect sizes of 1.6 to 2.2. No reduction of tinnitus symptoms to a medium- or low-range level was experienced by 8.9 % of patients.

Conclusion. With corresponding symptomatic suffering, disorder-specific inpatient tinnitus treatment comprising neurotologic and psychosomatic alignment can achieve medium- to high-range therapeutic effects.

Keywords

Tinnitus · Neurotology · Hearing aids · Psychotherapy · Questionnaires

2000 Hz oder mindestens bei 2 Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz.

Bei 46,2 % (n = 170) lagen beidseitig Schwerhörigkeiten im Sinne der Kriterien einer Hörgeräteverordnung vor, sodass der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 3000 Hz betrug (■ **Abb. 1**).

Tinnitusintensität und -frequenz

Die Tinnitusintensität wurde seitenunabhängig mit durchschnittlich 65 dB (HL) bestimmt, sie betrug jeweils 5 bis maximal 15 dB über der subjektiven Hörschwelle. Die durchschnittliche Tinnitusfrequenz lag bei 5600 Hz.

Tinnitusbelastung und Effektstärke

Die durchschnittliche Tinnitusbelastung bei Aufnahme betrug 14,36 (SD 5,8), was einer mittelgradigen Belastung entspricht, und am Ende 5,8 (SD 4,5), was einer leichten Belastung entspricht. Dieser Unterschied ist signifikant [$t(367) = 30,627$; $p < 0,001$]. Die Effektstärke beträgt 2,26 (hoher Effekt).

Die Aufteilung in die einzelnen Schweregrade nach Hiller und Goebel

Originalien

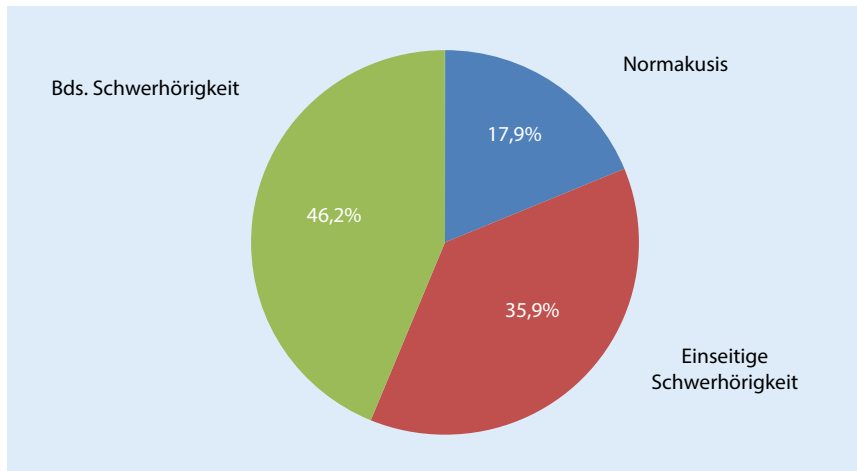


Abb. 1 ▲ Verteilung der Hörbefunde bei den Tinnituspatienten (n = 368)

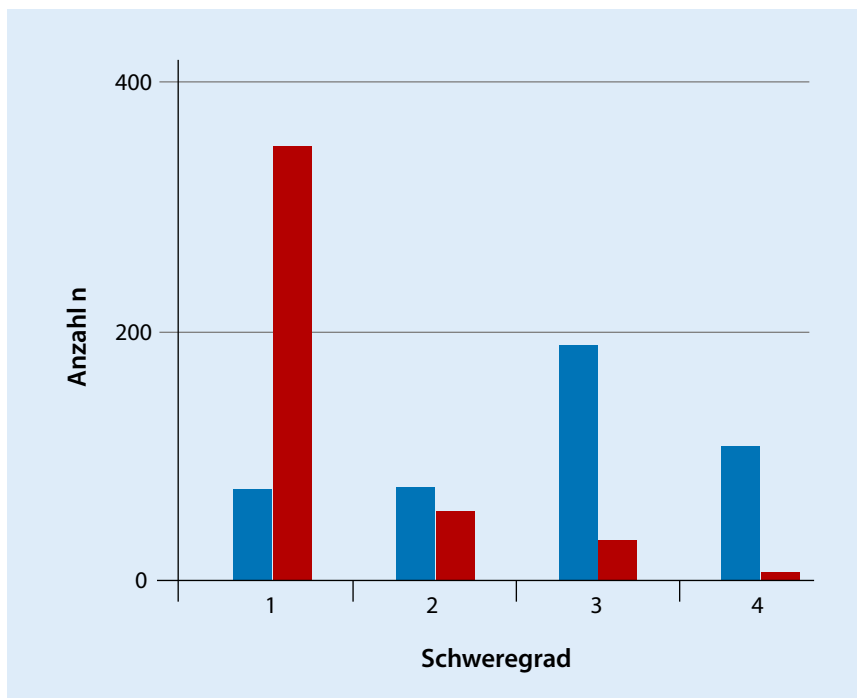


Abb. 2 ▲ Tinnituschweregrad 1–4 (x-Achse), blau bei Beginn, rot bei Behandlungsende. y-Achse Anzahl n

[14] zu Beginn und am Ende der Therapie ist in [Abb. 2](#) und [Tab. 2](#) dargestellt.

Überwogen zu Beginn deutlich mit etwa 67 % die mittelschweren und schweren Tinnitusbelastungen (Schweregrad 3–4), so konnten diese am Ende der Behandlung auf etwa 9 % gesenkt werden.

Psychische Belastung gemäß HADS und Effektstärken

Im HADS [9] fanden sich bei 153 Patienten Cut-off-Werte sowohl im HADS-A wie im HADS-D, bei 67 zusätzlichen Patienten Cut-off-Werte „nur“ im HADS-A und bei 34 zusätzlichen Patienten Cut-off-Werte nur im HADS-D. So fanden sich insgesamt 253 Patienten (69 %), die auch wegen der psychischen Belastung behandlungsbedürftig waren.

Im HADS-A wurde bei Beginn der Therapie ein Durchschnitt von 9,59 (SD 3,7) ermittelt, der sich durch die Behandlung auf 5,3 (SD 3,6) absenken ließ. Dies ist signifikant [$t(363) = 21,568$; $p < 0,001$]. Die Effektstärke beträgt 1,6 (hoher Effekt).

Im HADS-D wurde bei Beginn der Therapie ein Durchschnitt von 7,98 (SD 4) ermittelt, der sich durch die Behandlung auf 3,6 (SD 3,1) absenken ließ. Dies ist signifikant [$t(365) = 22,183$; $p < 0,001$]. Die Effektstärke beträgt 1,64 (hoher Effekt).

Diskussion

Folgt man der Leitlinie Tinnitus, AWMF 2015 [1], so sind die Hürden für eine stationäre Behandlung sehr hoch gelegt und an viele Bedingungen geknüpft. Eine davon ist die Festlegung auf ein bestimmtes Manual und eine andere das Ausschöpfen von ambulanten Möglichkeiten, deren tatsächliche Verfügbarkeit allerdings kaum dem Bedarf entspricht. Eine Zwischenstellung mit guten Ergebnissen berichten Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)-Einheiten, die um psychotherapeutische Maßnahmen ergänzt wurden, über fortlaufende 7 Tage für eine Klientel, die nicht unter „sehr schwerem Tinnitus“ leidet und keine „major depression“ aufweist [24]. Wie u. a. Hébert et al. [8] prospektiv und mehrfach Goebel et al. [6] zeigten, stellt dabei die psychische, insbesondere die depressive Komponente einen entscheidenden Parameter für die Schwere des Tinnitusleidens dar.

Therapeutische Wirksamkeit

In der Leitlinie 2015 [1] wird die therapeutische Wirksamkeit eines stationären Aufenthalts auf den Leidensdruck „nur als schwach bis mäßig und mittels randomisierter Studien bisher nicht ausreichend nachgewiesen“ eingeschätzt, obwohl Goebel et al. [6] in einer prospektiven Katamnesestudie von 500 stationär behandelten Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Eigenwartegruppe klinisch relevante Verbesserungen auch noch nach einem, 2 und 12 Jahren finden konnte, Graul [7] deutliche Ver-

besserungen dokumentierte, Hesse et al. [12] in einer retrospektiven Auswertung von 1841 mit einer Warteliste als Kontrolle zu 90 % eine Verbesserung des Leidensdrucks dokumentierte und eine Katamnesestudie von 490 Tinnituspatienten, die stationär in der ehemaligen Tinnitus-Klinik Bad Arolsen behandelt worden waren, zwischen 6 Monaten und 2 Jahren nach der Entlassung eine anhaltende Tinnitisminderung belegte [18].

Darüber hinaus bleibt methodisch die Frage, wie man es ethisch vertreten soll, während einer stationären Therapie eine Kontrollgruppe ohne Therapie zu bilden.

Bei den stationär behandelten Tinnituspatienten der Autoren überwog das männliche Geschlecht, das durchschnittliche Alter mit 50,9 Jahren (SD = 12,43) entspricht anderen Untersuchungen mit stationär behandlungsbedürftigen Tinnituspatienten [6, 10, 19, 20, 22].

Schwerhörigkeit

Vergleichbar vorhergehenden Studien bei stationär behandelten Tinnituspatienten fanden auch die Autoren wieder eine hohe Prävalenz der Schwerhörigkeit [8, 11, 20, 21, 23, 25]. Dies hat parallel zur psychischen Bearbeitung eine große HNO-ärztliche therapeutische Relevanz mit einer frühzeitigen Hörgeräteversorgung, die, falls erforderlich, noch während des stationären Aufenthalts begonnen wurde. Diese ist erforderlich, um einerseits die Schwerhörigkeit zu rehabilitieren und damit die Kommunikationsmöglichkeiten zu verbessern. Andererseits gelingt es zusätzlich häufig, über eine Verstärkung und Vergrößerung des akustischen Angebots den Tinnitus in den Hintergrund treten zu lassen und damit die Habituation zu fördern. Als hochgradig effektiv hat sich das konkrete Bearbeiten wichtiger, ganz konkreter Situationen in der Hörtherapie erwiesen. Dabei wird erfahren, wie den tinnitusauslösenden oder -verstärkenden Situationen anders als mit der Verstärkung des Symptoms bewältigt werden können [12, 13].

Tinnitusbelastung

In der Testauswertung prä- und poststationär zeigte sich ausweislich des Mini-TF12 nach Hiller und Goebel eine signifikante Minderung der Tinnitusbelastung vom durchschnittlichen Schweregrad III zu Schweregrad I bei einer sehr hohen Effektstärke von 2,26.

Ähnlich günstig verhielten sich die Werte in der Angst- und Depressionskala im HADS mit Effektstärken von 1,6 im „sehr stark wirksamen“ Bereich.

Dafür verantwortlich sind die Mitarbeitsfähigkeit der behandelten Patienten, aber sicher auch die personell intensiven Behandlungsmöglichkeiten, die wahrscheinlich nur in einem sehr speziellen Rahmen erbringbar sind. Dazu gehört auch die Kompetenz erfahrener Therapeuten, die schon lange mit Tinnituspatienten arbeiten – bei guten Arbeitsbedingungen und einem Personalschlüssel, wie er kaum in Krankenhäusern des Bedarfsplans oder gar Rehakliniken bereit gehalten werden kann.

Tinnitusbewältigung

Hinsichtlich der Tinnitusbewältigung hat sich für die kognitive Verhaltenstherapie ihre Wirksamkeit – unter bestimmten Bedingungen [17, 22] – evidenzgerecht nachweisen lassen, sodass sie auch Grundlage ausgearbeiteter Manuale darstellt [2, 3, 16]. Zusätzlich hilft aus der Erfahrung der Autoren ein psychodynamisches Verständnis v. a. bei den im Tinnitusleiden „somatisierenden“ Patienten, die sich nicht auf ein manualisiertes Vorgehen – das die Akzeptanz des Ansatzes quasi zur Vorbedingung macht – „einlassen können“. Dann steht erst ein Beziehungsaufbau im Vordergrund, der auch in der Wahrnehmung und Beachtung der Übertragungsreaktionen verstanden werden sollte, ehe noch so bewährte Standardelemente zum Einsatz kommen können.

Indirekt konnte der Zusatznutzen eines psychodynamischen Ansatzes, der kognitiv verhaltenstherapeutische Elemente beinhaltet, in einer stationären Qualitätsevaluation nachgewiesen werden. Dieser kam in der ehemaligen

Tinnitus-Klinik Arolsen 2006 auf eine Effektstärke von 0,93 – im Vergleich zu einer primär verhaltenstherapeutischen Referenzklinik (Effektstärke von 0,71; [19]).

Dennoch blieben knapp 10 % auch am Ende der Behandlung noch im Bereich einer mittel- und teilweise schweren Tinnitusbelastung. Dies betraf überwiegend Patienten mit einer hohen Ausgangssymptomatik und hoher, teilweise auch funktionaler psychischer Belastung. Die genaue Auswertung dieser Patienten ist ebenso Gegenstand einer weitergehenden Untersuchung wie eine Nachuntersuchung nach mindestens 5 Jahren poststationär geplant ist.

Fazit für die Praxis

- Beim komplexen Tinnitusleiden kann eine Therapie, die auf neurootologischer und psychotherapeutischer Kompetenz im Verstehen und im Handeln aufbauen kann, erfolgreich sein.
- Wahrscheinlich bestimmt die psychogene Komponente, wie sie weitestgehend mit dem HADS erfassbar ist, wesentlich das weitere Tinnituserleben, wenn der somatische oder somatisierende Anteil adäquat angegangen werden konnte.
- Die dafür notwendige und sehr individuell ausgerichtete Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber lohnend.
- Die Festlegung auf ein Therapiemanual kann dagegen kontraproduktiv einengend wirken; sie erscheint nur sinnvoll in der Ausbildung und als Grundlage in nichtspezialisierten psychotherapeutischen Kliniken, die ihre Therapeuten und Ausbildungskandidaten mit einem Manual unterstützen müssen.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Schaaf

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

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Schaaf und G. Hesse geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO) Leitlinie Tinnitus: <http://www.hno.org/leitl.htm>
2. D'Amelio D, Schaaf H, Kranz D (2016) Modulare Tinnitus Therapie. Ein schulübergreifendes Manual. Hogrefe, Göttingen
3. Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke O (2002) Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Hogrefe, Göttingen
4. Dölberg D, Schaaf H, Hesse G (2008) Tinnitus bei schizophren vorerkrankten Patienten. HNO 56:670–693
5. Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus-Fragebogen. Hogrefe, Göttingen
6. Goebel G, Kahl M, Arnold W, Fichter M (2006) 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. Acta Otolaryngol 126(556):70–79
7. Graul J, Klinger R, Greimel KV, Rustenbach S, Nutzinger DO (2008) Differential outcome of a multimodal cognitive-behavioral inpatient treatment for patients with chronic decompensated tinnitus. Int J Tinnitus J 14(1):73–81
8. Hébert S, Canlon B, Hasson D, Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Theorell T (2012) Tinnitus severity is reduced with reduction of depressive mood – a prospective population study in Sweden. PLoS One 7(5):e37733
9. Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995) HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Huber, Bern
10. Hesse G (2008) Neurootologisch-psycho-somatische Habituationstherapie. HNO 56(7):686–693
11. Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A (2001) Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. Laryngorhinootologie 80(9):503–508
12. Hesse G (2015) Tinnitus, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, S240
13. Hesse G, Schaaf H (2012) Hörtherapie. Thieme, Stuttgart, S114
14. Hiller W, Goebel G (2004) Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. Int J Audiol 43:600–604
15. Hoffmann SO, Hochapfel G, Eckhardt-Henn A, Heuft G (2009) Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin: Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie, 8. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S78
16. Kröner-Herwig B, Jäger B, Goebel G (2010) Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Belz, Weinheim
17. McFerran DJ, Baguley DM (2009) Is psychology really the best treatment for tinnitus? Clin Otolaryngol 34(2):99–101
18. Nelting M, Schaaf H, Rienhoff NK, Hesse G (1999) Katamnesis-study 1 or 2 years after in-patient treatment. In: Hazell J (Hrsg) Proceedings of the

sixth international Tinnitus Seminar, Eigenverlag, Cambridge, S 558–559

19. QM-Bericht der Schoen-Kliniken (2007) für das Berichtsjahr 2006 http://www.schoen-kliniken.de/transparenz/open_download.php?pdf=schoen-kliniken-pruefstand-Psychosomatik.pdf
20. Schaaf H, Eipp C, Hesse G, Deubner R, Vasa, Gieler U (2009) Psychosoziale Aspekte der Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Tinnitus- und Psoriasis-Patienten. Eine Studie an 105 Patienten mit Psoriasis und 89 Patienten mit Tinnitus im Vergleich hinsichtlich Lebensqualität, Ängstlichkeit und Depressivität. HNO 57:57–63
21. Schaaf H, Eichenberg C, Hesse G (2010) Tinnitus und das Leiden am Tinnitus. Psychotherapeut 55:225–232
22. Schaaf H, Gieler U (2010) TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus. HNO 58:999–1003
23. Schaaf H, Flohre S, Hesse G, Gieler U (2014) Chronischer Stress als Einflussgröße bei Tinnitus-Patienten. HNO 62:108–114
24. Seydel C, Haupt H, Szczepek AJ, Hartmann A, Rose M, Mazurek B (2015) Three years later: report on the state of well-being of patients with chronic tinnitus who underwent modified tinnitus retraining therapy. Audiol Neurootol 20(1):26–38
25. Stobik C, Weber RK, Munte TF, Frommer J (2003) Psychosomatische Belastungsfaktoren bei kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus. Psychother Psychosom Med Psychol 53(8):344–352

Für Autoren

Möchten Sie einen CME-Beitrag für HNO einreichen?



Wir freuen uns, dass Sie unsere Zeitschrift HNO mitgestalten möchten. Um Ihnen bei der Manuskripterstellung behilflich zu sein, haben wir für unsere Autoren Hinweise zusammengestellt, die Sie im Internet finden unter www.HNO.springer.de (Für Autoren). Bitte senden Sie Ihren fertigen Beitrag an:

CME Zertifizierte Fortbildung

Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Matthias
 Universitätsmedizin Mainz
 Hals-, Nasen-, Ohrenklinik und Poliklinik
 Langenbeckstr. 1
 55101 Mainz
christoph.matthias@unimedizin-mainz.de

Prof. Dr. Andreas Neumann
 Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde,
 Kopf- und Halschirurgie, plastische und
 ästhetische Operationen, Stimm- und
 Sprachstörungen
 Städtische Kliniken Neuss
 Lukaskrankenhaus GmbH
aneumann@lukasneuss.de