

Musiktherapie bei Tinnitus

Wirkungsvolle Ergänzung zur Habituations- und Hörtherapie

Ein chronischer Tinnitus wird erst dann zum Leiden, wenn der an sich unbedeutende akustische Reiz, der an irgendeiner Stelle in der Hörbahn generiert wird, durch negative Bewertung überlagert, nicht habituiert und dann zu einem störenden Faktor im Leben des Betroffenen wird. Diese zusammenspielende Ursächlichkeit zu beeinflussen, ist das Ziel aller modernen und wirksamen Tinnitustherapien. Daher basieren sie auf Habituationsmodellen und versuchen durch kognitive, die psychosomatische Grundkonstellation beeinflussende Interventionen und Maßnahmen die Tinnituswahrnehmung und vor allem die Bewertung zu beeinflussen. Da es sich beim Tinnitus um eine Funktionsstörung des Hörens handelt, sind natürlich besonders Ansätze, die an der Hörwahrnehmung angreifen, sinnvoll und vor allem auch wirksam. Die in diesem Heft vorgestellte Originalarbeit zur Wirksamkeit von Musiktherapie bei Tinnitus beschreibt einen sehr guten Ansatz, um diese Habituations- und Hörtherapien wirksam zu begleiten und zu unterstützen. Wichtig ist vor allem, dass – anders als bei der rein passiven Verwendung von Tinnitus-Noise oder gar Maskern – hier ein aktives Beeinflussen der Hörwahrnehmung eingeleitet und dann auch vermittelt wird.

Tinnitus (Ohrgeräusche) sind Hörwahrnehmungen, die nicht durch von außen kommende Laute bedingt sind. Pathogenetisch können dazu sowohl cochleäre als

auch zentral-auditive Prozesse beitragen. Von chronischem oder „komplexen“ Tinnitus spricht man, wenn der Tinnitus

- als Dauerton in der Wahrnehmung dominiert,
- nicht habituiert ist und
- anhaltend emotionale Reaktionen, vor allem Angst und ängstliche Beobachtungen, auslöst, die in ihrer Penetranz zum depressiven Einbruch führen können.

Neurophysiologische und psychophysiologische Modelle zur subjektiven Tinnitusbelastung erklären den Leidensdruck mit einer mangelnden Habituation [7, 11], dysfunktionalen Aufmerksamkeitsprozessen und Bewertungen [2, 6, 12, 13] sowie einer niedrigen Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen [3, 7]. Klinisch heißt das:

- Der Tinnitus wird als unbekannter, bedrohlicher oder gefährlicher Höreindruck gewertet [15], der zum Handeln auffordert, aber kein sichtbares Ziel hat (ähnlich wie diffuse, undefinierbare Furcht schlimmer sein kann als eine konkrete Angst).
- Der Tinnitus wird aversiv bewertet, unabhängig von der tatsächlichen Lautstärke.
- Es besteht eine (aus Angst gespeiste) Verweigerungshaltung, neue und korrigierende Lernerfahrungen zu machen.
- Der (in der Regel zwanghafte) Patient beharrt darauf, das Ohrgeräusch müsse extingierbar sein (dies ist klinisch der stärkste Faktor für die Penetranz des Leidens, der alle anderen

Lösungswege verbaut und verbunden ist mit hohem, erfolglosen Aufwand, das unmögliche – die Extinktion des Tinnitus – anzustreben).

- Der Patient empfindet Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber dem Geräusch, verbunden mit dem Gefühl, nichts gegen das Leiden tun zu können.

Dabei ist das Leiden unabhängig von psychoakustischen Parametern wie der Tonart [4, 17], konkreten Qualität oder auch der Lautheit. Diese lässt sich – außer bei den seltenen objektiven Tinnitusformen – vergleichend nie mehr als 5 bis 15 dB über der subjektiven Hörschwelle bestimmen [9, 14].

Retraining- und Habituationstherapien

Moderne Tinnitustherapien verlassen zunehmend den Ansatz, den Tinnitus durch wie auch immer geartete Interventionen „wegmachen“ oder auslöschen zu wollen: Zu frustrierend sind hier die Behandlungsergebnisse.

Wer chronischen Tinnitus nach rationalen Gesichtspunkten behandeln möchte, muss durch geeignete Diagnostik folgende Fragen klären:

- Wieso und wodurch ist der Tinnitus überhaupt entstanden (neurootologische Diagnose)?
- Was hält den Tinnitus als letztendlich unbedeutenden akustischen Reiz in der Wahrnehmung?
- Was verhindert möglicherweise die Habituation?

Das Counselling, wie es HNO-Ärzten durch die ADANO-Leitlinien [1] im Rahmen der Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) empfohlen wird, versteht sich in diesem Sinne als eine spezifische Beratung des Patienten: Auf der Grundlage einer gründlichen audiologischen Diagnostik, die Ursache und Entstehungsort des Tinnitus sowie eine eventuell begleitende oder den Tinnitus auslösende Hörminderung herausarbeiten sollte, erhält der Betroffene Aufklärung über Eigenschaften, Genese und Prognose des Tinnitus.

Hinzukommen können eine Hörgeräteversorgung bei Schwerhörigkeit oder ggf. Rauschgeräte, insbesondere bei zusätzlicher Hyperakusis [16]. Die Hörtherapie als aktivitätsfördernde verhaltens- und bewegungsorientierte Maßnahme ergänzt die Therapie auf eine sinnvolle Art und Weise [8].

Tatsächlich kann Tinnitus als ein Top-down-Prozess verstanden werden, bei dem die wesentlichen Impulse zur Verstärkung und Überbewertung des eingehenden Signals von der Hörrinde ausgehen und inhibitorische Strukturen in der Hörbahn negativ beeinflusst werden. Dies ist unabhängig davon, ob der tatsächliche Entstehungsort des Tinnitus nicht doch eher in den Haarzellen des Innenohres zu suchen ist. Gerade diese inhibitorischen, die Bedeutung eines akustischen Reizes beeinflussenden Faktoren, können durch hör- oder auch musiktherapeutische Ansätze sehr günstig beeinflusst werden [8].

Heidelberger Musiktherapie

Die in diesem Heft publizierte Arbeit „Musiktherapie bei Tinnitus – Interdisziplinäre Pilotstudie zur Überprüfung des Heidelberger Modells“ stellt für eine derartige Behandlung ein praktikables, wissenschaftlich evaluiertes Modell vor. Das Heidelberger Musiktherapiemodell arbeitet mit der konkreten Tinnitusfrequenz und -qualität des Patienten und bettet diese akustische Sensation in ein musikalisches Erleben ein. Begleitet wird die Therapie von umfassender Aufklärung, Beratung und Entspannungstechniken. In den einzeltherapeutischen Sitzungen wird dann die Hörwahrnehmung insgesamt beeinflusst mit dem Ziel, dass die Patienten ihre Tinnituswahrnehmung wirk-

lich effektiv kontrollieren können. Singen und Arbeiten mit dem Gong gehen hier ganz konkret musikalisch auf die Tinnituswahrnehmung ein.

Die Behandlung initiiert nach einem entsprechenden Counselling und im Rahmen eines stimmigen Modells auf der Ebene des akustischen Erlebens aktiv gezielte Veränderungspotenziale, ohne fälschlicherweise in Aussicht zu stellen, dass der Tinnitus damit leiser werde.

Auch wenn es sich bei der Studie um eine relativ kleine Entität (n=20) handelt, sind die vorgestellten Ergebnisse doch überzeugend. Durch die Musiktherapie ließ sich bei 7 von 10 Patienten eine klinisch bedeutsame Verbesserung erzielen, während dies nur bei 2 Patienten in der nicht musiktherapeutisch behandelten Kontrollgruppe der Fall war. Diese Werte waren auch katamnestisch stabil.

Die Autoren weisen insbesondere darauf hin, dass diese Art der Tinnitustherapie den Patienten aus seiner passiven Rolle holt, was durch ein rein apparatives Verfahren (Noiser) nicht erreicht wird. Indem die Musiktherapie den Tinnitus in den Hörprozess integriert, vor allem eine aktive Beeinflussung ermöglicht, gewinnt der Patient wieder Handlungsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten. Erfahrungen aus der Hörtherapie unter Verwendung musiktherapeutischer Elemente zeigen, dass eine derartige Wirkung gut erzielt werden kann und stabil ist, auch wenn sie nicht direkt den Tinnitus mit einbezieht und moduliert.

Insofern wäre bei der kleinen, jetzt vorgestellten Fallzahl einer Folgestudie sinnvoll, bei der mit einer Musiktherapie verglichen wird, die allgemein mit musikalischen Elementen arbeitet, ohne den Tinnitus direkt einzubeziehen. Auch sollten dann Art und Ausprägung einer eventuellen Hörminderung genauer bewertet werden.

Grenzen in der Musiktherapie werden – wie bei jedem anderen Verfahren – vorhanden sein, wenn sich beim konkreten Patienten herausstellt, dass das Leiden nicht „nur“ reaktiv auf einer dysfunktionalen Verarbeitung des Tinnitus beruht, sondern dass der Tinnitus eine Funktion etwa im Rahmen einer Somatisierungsstörung, einer Angsterkrankung und einer Depression bekommen hat oder tie-

fenspsychologisch gesehen das Korrelat der Signalangst darstellt [15].

Fraglich scheint auch, ob der hohe personelle und therapeutische Ansatz sich insbesondere kassenärztlich verwirklichen lässt, wie sich ja auch die an sich sehr sinnvolle ADANO-Empfehlung [1] praktisch und kassenärztlich leider kaum realisieren lassen. Auch aus diesem Grund findet immer noch ein großer Teil der notwendigen und effizienten Tinnitusbehandlung im stationären Rahmen in Spezialkliniken statt. Zwar ist besonders bei sehr hoher Belastung durch den Tinnitus mit entsprechender psychischer Komorbidität ein stationärer psychotherapeutischer Therapieansatz indiziert und in seiner Effizienz belegt [5, 10], aber für die meisten Patienten wäre eine effiziente ambulante Behandlung ausreichend.

Hier haben die Hör- und auch die Musiktherapie einen hohen Stellenwert; sie sollten daher weiter wissenschaftlich untersucht und propagiert werden. Die Heidelberger Musiktherapie ist dafür ein hervorragender neuer und ergänzender Weg.

Fazit für die Praxis

In der Heidelberger Musiktherapiestudie wird unterstrichen, dass gerade bei Patienten mit Tinnitus (und auch mit Hyperakusis) eine neuronale Umstrukturierung und Reorganisation auditorischer Bahnen sinnvoll und zugleich möglich ist. Unter der Voraussetzung, dass die emotionale Wertung und kognitive Fokussierung auf den Tinnitus verlassen wird, kann eine derartige Umstrukturierung sicher durch multiple Höreindrücke und eine veränderte Hörwahrnehmung vermittelt werden. Ziel wird immer sein, die inhibitorischen Strukturen der Hörbahn zu aktivieren, um so die Tinnituswahrnehmung möglichst herunterzuregulieren und am besten komplett aus der Wahrnehmung zu drängen. Hier hat auch die Musiktherapie einen festen und sinnvollen Platz.

Korrespondenzadresse

PD. Dr. G. Hesse

Ohr- und Hörinstitut Hessen
 Psychosomatische Klinik Bad Arolsen –
 Tinnitus-Klinik
 Große Allee 1–3, 34454 Bad Arolsen
 ghesse@schoen-kliniken.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- ADANO (2000) Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT/ADANO). In: ADANO-Sitzung. Hannover, p 1
- Delb W, D'Amelio R, Archonti C et al. (Hrsg) (2002) Tinnitus – Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Hogrefe, Göttingen
- Geffken R, Kurth H (1998) Psychische Belastungen durch Ohrgeräusche: Ergebnisse einer Umfrage bei Personen mit chronischem Tinnitus. In: Goebel G (Hrsg) Ohrgeräusche. Quintessenz, München
- Goebel G, Biesinger E, Hiller W et al. (2005) Der Schweregrad des Tinnitus. In: Biesinger E, Iro H (Hrsg) HNO-Praxis heute – Tinnitus. Springer, Heidelberg, S 19–38
- Goebel G, Decot E, Marek A (2001) Entscheidungshilfen bei Diagnostik und Wahl psychologischer Behandlungsmethoden. HNO 49: 1026–1047
- Goebel GH (Hrsg) (2001) Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus (2. Aufl). Quintessenz, München
- Hallam RS (1984) Psychological aspects of tinnitus. In: Rachmann S (Ed) Contributions to medical psychology. Pergamon, Oxford, pp 31–34
- Hesse G (2001) Therapeutische Ansätze zur Verbesserung der auditiven Perzeption. In: Biesinger E, Iro H (Eds) HNO-Praxis heute 21. Springer, Berlin, S 197–211
- Hesse G, Laubert A (2001) Tinnitus-Retraining-Therapie – Indikationen und Behandlungsziele. HNO 49: 764–779
- Hesse G, Nelting M, Mohrmann B et al. (2001) Die stationäre Intensivtherapie bei auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter. HNO 49: 636–641
- Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. Br J Audiol 27: 7–17
- Kröner-Herwig B (2005) Psychologisch fundierte Interventionen bei chronischem Tinnitus. In: Biesinger E, Iro H (Hrsg) HNO-Praxis heute – Tinnitus. Springer, Heidelberg, S 125–135
- Kröner-Herwig BH (Hrsg) (1997) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Psychologische Verlagsunion Beltz, Weinheim
- Lenarz T (1998) Diagnostik und Therapie des Tinnitus. Laryngol Rhinol Otol 77: 54–60
- Schaaf H, Holtmann H (Hrsg) (2002) Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer, Stuttgart
- Schaaf H, Klofat B, Hesse G (2003) Hyperakusis, Phonophobie und Recruitment. HNO 51: 1005–1011
- Zenner HP (1998) Eine Systematik für Entstehungsmechanismen von Tinnitus. HNO 46: 699–711

T. Hummel, A. Welge-Lüssen (Hrsg.)

Taste and Smell

An Update

Basel-Freiburg-Paris: Karger-Verlag 2006, 294 S., 33 Abb., 12 Tab., (ISBN 3-8055-8123-8), 161.50 EUR

Mehr als je zuvor drückt die Laienpresse ausführliche Berichte über den Stand der Riech- und Schmeckforschungen und televisionäre Wissenschaftsshowes beschäftigen sich regelmäßig mit diesem Thema. „Das Parfüm“ von Patrick Süskind avancierte in diesem Sommer zum Kinohit. 2004 erhielten R. Axel und L. Buck für die Entschlüsselung der Genetik und der molekularen Vorgänge beim Riechen den Nobelpreis für Medizin. Diese kurzen Hinweise verdeutlichen eine in jüngster Zeit zu beobachtende Entwicklung: Olfaktologie und Gustologie sind en vogue! Passend zu diesem Trend ist jetzt ein neues Fachbuch in der Reihe *Advances in Oto-Rhino-Laryngology* erschienen. *Taste and Smell*, herausgegeben von dem Physiologen Thomas Hummel aus Dresden und der Baseler HNO-Ärztin Antje Welge-Lüssen, enthält 16 Kapitel, die teils erfahrene Kliniker teils international renommierte Basisforscher als interdisziplinäre Synopsis der menschlichen Chemosensorik verfasst haben. Das Buch wendet sich in erster Linie an HNO-Ärzte und Neurologen, die sich umfassend über die Klinik von Riech- und Schmeckstörungen informieren wollen. Die Pathophysiologie und die Ätiologie chemosensorischer Defizite werden detailliert erörtert und durch verständliche Darstellungen neurowissenschaftlicher und zellphysiologischer Forschungsergebnisse sinnvoll ergänzt. Intensiv wird auf die heutigen therapeutischen Optionen und die Prognose der Defizite eingegangen.

Im ersten Kapitel werden die wenig bekannten Zusammenhänge zwischen der endonasalen Anatomie, der transnasalen Atmung und dem Riechvorgang dargestellt. Die nächsten Abschnitte befassen sich mit den molekularen Abläufen des Riechens, der olfaktorischen Signaltransduktion und der kortikalen Detektion sowie der qualitativ-emotionalen Bewertung von Riechsubstanzen. Hier erhält man die Gelegenheit, die zentralen Verarbeitungsprozesse und das komplexe Zusammenspiel von gustatorischen und olfaktorischen Sinneseindrücken zu verstehen. Ein Abschnitt befasst sich mit dem

vomeronasalen Organ, dessen Existenz und Bedeutung beim Menschen lange Zeit in Frage gestellt wurde. Ohne sich in theoretischen Details zu verlieren, werden der Aufbau sowie die Vor- und Nachteile moderner psychophysikalischer Mess-techniken skizziert und verglichen. Ferner werden praxisrelevante Informationen über die elektrophysiologischen Methoden vermittelt.

Rhinosinuitiden, Virusinfekte und Unfälle sowie neurodegenerative Erkrankungen sind die häufigsten Ursachen für Riechstörungen, denen man in Klinik und Praxis begegnet. Deshalb haben die Herausgeber diesen Krankheitsbildern reichlich Platz eingeräumt. Systematisch wird auf die Ätiologie, die Klassifikation und die therapeutischen Möglichkeiten eingegangen.

Der zweite Teil des Buches ist den gustatorischen Funktionen gewidmet. Hier findet sich ebenfalls eine gelungene Mischung aus basiswissenschaftlichen Referaten und klinischen Themen. Die Ausführungen zu den postoperativen, posttraumatischen und toxischen Schmeckstörungen beeindrucken einerseits durch ihre Ausführlichkeit, andererseits durch ihren Praxisbezug.

Hervorzuheben ist, dass sich an jedes Kapitel ein sehr umfangreiches und exzellent sortiertes Literaturverzeichnis anschließt. Einziger Wermutstropfen: Vermutlich aus Kostengründen sind die Illustrationen bis auf ein funktionelles Kernspintomogramm schwarz-weiß gehalten und einige Schemata sind ein wenig unübersichtlich ausgefallen.

Fazit: Das Werk zählt zweifellos zu den besten Fachbüchern, die in den letzten Jahren über das Riechen und Schmecken geschrieben wurden. Es ist jedem zu empfehlen, der die Funktion und das Zusammenwirken dieser Sinne näher kennen lernen und sich einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der chemosensorischen Forschung verschaffen will.

K.-W. Delank (Ludwigshafen)