

# Psychodynamische Gruppentherapie bei Patienten mit einem Leiden am Tinnitus

Helmut Schaaf

*Wenn hinter dem Leiden am Tinnitus Probleme stehen, die das Leiden hervorgerufen haben oder aufrechterhalten, kann eine psychodynamisch orientierte Gruppentherapie weiterführend hilfreich sein*

## Zusammenfassung

Bei der Behandlung des Leidens am Tinnitus gelten Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie als Königsweg. Deswegen arbeiten viele Kliniken bei Tinnitus-Patienten entlang eines verhaltenstherapeutischen Manuals. Dafür gibt es viele gute Gründe, aber auch relevante Bedingungen, die vorab erfüllt sein müssen, aber oft nicht gegeben sind. Zudem stellt sich in aller Regel heraus, dass nicht allein das Symptom, sondern der Tinnitus-Patient mit einer oft somatisierenden Abwehr in den Focus der Behandlung rückt. Hier haben psychodynamische Zugänge ihre Vorteile, teilweise in einem besonderen Verständnis des Symptoms und teilweise in der Beziehungsgestaltung. Beispielhaft werden in diesem Artikel Szenarien aus einer Folge von psychodynamisch verstandenen Gruppentherapien mit Patienten in einer auf Tinnitus spezialisierten Klinik geschildert.

## Schlüsselwörter

Leiden am Tinnitus, somatisierende Abwehr, Beziehungsgestaltung, psychodynamische Gruppentherapie

## *Psychodynamic Group Therapy with Patients Suffering from Tinnitus*

### Summary

In the treatment of tinnitus, elements of cognitive behavioral therapy are considered an ideal solution. That is why many clinics work with tinnitus patients based on behavioral therapy manuals. There are many good reasons for this, but also relevant conditions, that must be met in advance, but are often not given. In addition, it usually turns out, that not only the symptom, but the tinnitus patient, often with a somatising disorder, becomes the focus of treatment. Here psychodynamic approaches can have their advantages, partly in a special understanding of the tinnitus symptom and partly in the formation of relationships. In this article, scenarios from a series of psychodynamically group therapies with patients in a clinic specializing in tinnitus are described.

### Keywords

suffering from tinnitus, somatizing resistance, formation of relationships, psychodynamic group therapy

*Ähnlichkeiten mit lebenden Personen sind zufällig, aber typisch*

## **Tinnitus und das Leiden am Tinnitus**

Tinnitus bezeichnet alle Formen von nicht durch äußere Schallquellen bedingten Hörwahrnehmungen, die auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen und nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen. Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5-15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitus-Formen (Goebel & Büttner 2004, Hesse 2015).

Im Idealfall kann beim Symptom Tinnitus ambulant neurootologisch vorgegangen werden. Damit kann nach einer Ab- und Aufklärung (Counselling) durch einen neurootologisch Versierten und einer sachgerechten

Patienten sollten – dann ggf. auch initial – stationär psychosomatisch behandelt werden. Dies wird gesehen, wenn bei – subjektiv, also im Empfinden des Patienten – der Tinnitus zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich (mit emotionalen, kognitiven und körperlichen Auswirkungen) führt, oder bei einer „völligen Dekompensation“ im privaten Bereich und bei Berufsunfähigkeit.

Gefordert wird in der Leitlinie, dass die dann angestrebte stationäre Therapie auch evidenzbasierte Behandlungsverfahren umfasst, wobei nur das Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie anerkannt wird. Grundlage dafür ist eine seit 2005 wiederholt publizierte Cochrane Metaanalyse von Martinez-Devesa et al. (2007), während Vertreter der psychodynamischen Therapien bislang über Kasuistiken hinaus (Ballo et al 2005, Schaaf &

## ***Tinnitus bezeichnet alle Formen von nicht durch äußere Schallquellen bedingten Hörwahrnehmungen, die nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen***

Hörunterstützung insbesondere Tinnitus Patienten ohne psychische Zusatzbelastung oft ausreichend geholfen werden. Bei Patienten mit psychischen Zusatzbelastungen soll das Counselling eine Grundlage dafür bieten, Lösungsmöglichkeiten auch für Problemstellungen zu ermöglichen, die über die Neurootologie hinausgehen (Beyrau, Schaaf & Hesse 2018, Schaaf 2015) Im Idealfall entspricht das Vorgehen am ehesten einem psychotherapeutischen Erstgespräch mit einem zusammenfassenden Resümee von beiden Seiten und einem – zumindest ersten – hilfreichen Ansatz für das weitere Vorgehen (D'Amelio, Schaaf & Kranz 2021). Das ist allerdings im Rahmen einer HNO-ärztlichen Kassenambulanz kaum leistbar.

Erst wenn die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, soll eine stationäre Therapie erfolgen – so die Leitlinie Tinnitus 2015 (AWMF 2015). Nur schwerer leidende, psychosomatisch stärker belastete

Seling 2002, Tillmann 2007) keine evaluierten Untersuchungen zum Evidenznachweis bei Tinnitus vorgelegt haben.

Die in der Leitlinie nicht berücksichtigte Voraussetzung für alle Psychotherapieverfahren dort ist, dass sowohl der Therapeut wie der Patient (!) von dem Vorgehen überzeugt sind und der Patient eine Veränderung wünschen (Svitak, Rief & Goebel 2001). So wird „ein passiv „hinnehmebereiter“ Patient“ (9) allein nicht oder kaum von den ansonsten hilfreichen und gut ausgearbeiteten Manualen profitieren. (Delb, D'Amelio & Archonti 2002, Hesse & Schaaf H 2012, Kröner-Herwig, Jäger & Goebel 2010, Weise et al. 2016).

## **Therapiekonzept**

Wir behandeln stationär Patienten mit einem Leiden am Tinnitus auf einer fundierten neurootologischen Grundlage. Darauf ansetzend zielt eine personell aufwendige und fachlich abgesicherte Therapie auf eine Verbesse-

# Psychodynamische Gruppentherapie bei Tinnitus-Patienten

Helmut Schaaf

zung des Hörvermögens sowohl apparativ wie in der Hörtherapie. Verbunden ist dies mit einem schulenübergreifenden psychotherapeutischen und psychosomatischen Ansatz in der Einzel- und in einer dreimal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie (Doppelstunde).

Dieses Vorgehen – ohne die Festlegung auf ein vorgegebenes Manual – wird ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden, bei der im Behandlungsteam neurootologische Maßnahmen mit psychosomatischen und psychotherapeutischen Ansätzen Hand in Hand gehen.

Unter Wertschätzung der Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie verstehen wir ein Leiden am Tinnitus auch, wenn

- sich die Abwehrmechanismen erschöpfen und dabei den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können,
- ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist,
- oder traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten.

---

*Ein Leiden am Tinnitus verstehen wir auch, wenn traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten*

---

Dann kann es im Erleben zu einer „Resomatisierung“ im Sinne M. Schurs statt der Wahrnehmung der Überlastung oder des Konfliktes zu einer vermehrten Wahrnehmung der körperlich empfundenen Reaktionen kommen). Positiv gesehen kann die Wahrnehmung eines nach Auflösung verlangenden Tinnitus ein (Ermann 2004) für den Patienten wahrnehmbares Zeichen einer psychogenen Not sein. Im analytischen Sinne wird damit die Tinnitus-Wahrnehmung (nicht das organisch immer vorhandene Eigengeräusch des Hörsystems) zum Korrelat der „Signalangst.“ Der Tinnitus wird damit zum somatischen Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses. Der Vorteil dieser Symptombildung ist, dass damit die Angst und der dahinterstehende Konflikt eine

Adresse bekommt und nach außen getragen werden kann. Die dem Patienten und natürlich auch dem Umfeld nicht bewusste Gefahr liegt allerdings darin, dass die Suche nach Hilfe auf die somatisierende Komponente beschränkt bleiben kann.

## Durchgeführte Behandlungselemente

1. Morgendliche Aktivierung mit Bewegung
2. Tägliches neurootologisches Counselling und Psychoedukation (30 Minuten) 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
6. Mindestens zweimal Einzeltherapie und dreimal Gruppenpsychotherapie pro Woche
7. Wenn nötig: Besprechen der Möglichkeit auch einer antidepressiven Medikation unter Vermeidung (!) von Sedativa

## Eine Gruppentherapie-Doppelstunde

Es steht wieder ein Abschied an. Nach der Eingangsrunde, die ich ritualisiert mit einer Klangkugel und den Fragen an jeden und jede einleite, frage ich alle Beteiligten einzeln:

- Bin ich bereit, aktiv mitzuarbeiten?
- Habe ich ein Thema für die Gruppe?

Dabei bittet ein Patient um Hilfe der Gruppe für seine Rückfallprophylaxe. Dieser erlitt vor 15 Jahren einen traumatisch verarbeiteten Arbeitsunfall durch heißen Schwefel. Dabei kam es zu Verbrennungen von 14 % der Körperoberfläche. Zudem drang auch flüssiger Schwefel in die Gehörgänge ein und führte zu Verbrennungen bis hinter das Trommelfell. In der Akutphase war er lange mit den Folgen der Verbrennungen konfrontiert, ehe er seine Höreinschränkungen und den Tinnitus bemer-

ken konnte. Um sich abzulenken, stürzte er sich trotz der noch nicht ausgeheilten Nachwirkungen der Verbrennungen viel zu früh wieder in die Arbeit und abends, wenn der Erregungszustand und die Unruhe immer noch zu hoch waren, in den Substanzmissbrauch.

Geblichen war trotz einer Wiederherstellung des verbrannten Trommelfells eine lange abgewehrte Schwerhörigkeit. Der Umgang damit war ihm sehr schmerzlich. Er wurde noch dünnhäutiger, geräuschempfindlicher und fühlte sich in Gesprächssituationen im-

schon zu einer Verbesserung der Konzentration und einer Minderung der Hörarbeit sowie eines besseren Verstehens und Verständnisses.

Manchmal ist es möglich, am Ende eines längeren Prozesses zu einem „passenden“ Zeitpunkt im Sinne einer hilfreichen Umdeutung zu fragen, ob der Patient an Schutzengel glauben könne. Wenn er dies bejaht, ist es möglich, sich mit ihm vorzustellen, dass diese in der Unfallsituation sehr auf ihn aufgepasst haben: Auch deswegen konnte er gerettet werden und hat überlebt. Im Weiteren

## *Geblichen war trotz einer Wiederherstellung des verbrannten Trommelfells eine lange abgewehrte Schwerhörigkeit, mit der er sich nur schwer abfinden konnte*

mer ausgegrenzter. Dies sei vor allem beruflich sehr schlimm gewesen. Dabei hat er das Verhalten der Vorgesetzten und Kollegen als rücksichtslos erlebt und sich letzten Endes letztlich gemobbt gefühlt.

Aber erst als es drei Jahre zu Hause auch so nicht mehr weiter ging, konnte er sich auf Betreiben seiner Frau auf eine Traumatherapie (mit Hypnoseelementen und EMDR) einlassen.

Problematisch blieb, dass ein lauter Empfinden des Tinnitus (in der Wahrnehmung des Patienten: ein lauter werdender Tinnitus) ihn unwillkürlich an den Unfall erinnerte, was dann zu oft Flashbacks und Intrusionen nach sich zog. Dies herauszuarbeiten, zu verstehen und ein Stück weit in die Bearbeitung bringen zu können, war neben dem immer nötigen Counseling, dem Erarbeiten eines Bedingungsmodells, einer auf direktes Erleben ausgerichteten Hörtherapie und der Einzel- und Gruppentherapien wichtig für die überwiegend gelingende Verarbeitung, deren Früchte nun in das häusliche Umfeld mitgenommen werden wollten.

Eine Verbesserung brachte dabei eine adäquate Hörgeräteversorgung, die es ermöglichte, nicht nur das Hören und Verstehen zu verbessern, sondern eben auch die Tinnitus-Wahrnehmung zu mindern. Dies führte allein

könnte es sein, dass diese Schutzengel ihn immer noch umkreisen und dabei sehr emsig mit ihren Flügeln schlagen ...

Vielleicht kann er das auch in seinem Ohr hören?

Wahrscheinlich – so kann man dann im Sinne eines Reframings weiter fantasieren – werden die Schutzengel solange hörbar ihre Flügel schlagen, wie es nötig ist. Und auch danach würden sie nicht wegfliegen, aber sie müssten erst wieder hörbar mit ihren Flügeln schlagen, wenn er sie braucht. Und wenn man dann zwischendurch mal in sich hinein hört, kann man sich auch versichern, dass sie noch da sind.

Da alle in der Gruppe einverstanden sind, unterstützt von der Intervention, dass eine Rückfallprophylaxe nie zu früh begonnen werden kann, nehmen wir das Anliegen auf. Wie immer, wenn darüber hinaus keine spontanen Ideen aufkommen, arbeiten wir dabei entlang des „Briefes an uns selbst.“ Dieser soll sonst spätestens bei Entlassung von den Patienten „an sich selbst“ geschrieben werden (siehe auch D’Amelio, Schaaf, Kranz 2021).

### **„Der Brief an mich selbst“**

Im dem „Brief an sich selbst“ wird zu Beginn – und jetzt in der Gruppe für alle – als erstes folgende Frage gestellt:

# Psychodynamische Gruppentherapie bei Tinnitus-Patienten

Helmut Schaaf

## „Was habe ich, als ich (vor geraumer Zeit) in diese Klinik gekommen bin, erwartet?“

Wenn wir dies schriftlich und mit kleinen Auszeiten bearbeiten, bitte ich die Mitschreibenden viel Platz bis zur nächsten Frage zu lassen. Die Erwartungen sind meistens höher als das, was sich im Verlauf als realistisch und sinnvoll erweist.

Dieses Mal lasse ich die Frage im Raum ein wenig wirken. Da wir in den letzten Wochen gut gearbeitet haben, ist es möglich, die Frage zu erweitern und jede und jeden in der Gruppe zu fragen: „Bitte hören Sie einmal tief hinein, warum Sie wirklich in die Klinik gekommen sind“ – wobei die Betonung auf wirklich! liegt:

Abb. 1 Szene aus einer Gruppentherapie: Ich bin wirklich in die Klinik gekommen, ...

- Ich bin wirklich in die Klinik gekommen, ...
- weil ich gedacht habe, ich würde alles für meine Familie tun, indem ich gearbeitet und gearbeitet habe. Dabei habe ich meine Frau und einen meiner beiden Söhne verloren und in einem nicht enden wollen der Rosenkrieg keinen Boden mehr unter den Füßen behalten.
- weil ich nach meiner Lymphdrüsenenerkrankung/Tumorerkrankung (Morbus Hodgkin) im ersten Drittel meines Lebens so durchstarten wollte, als wenn nichts wäre und einfach keine Kontrolle über meinen Körper und mein Hören bekomme



Abb. 1 Szene aus einer Gruppentherapie

- weil ich mich in meiner Arbeit und in meiner Beziehung so verloren habe, dass ich in einen Burnout – oder jetzt weiß ich – in eine Depression gerutscht bin, die mich in direkten Kontakt zum Sensenmann gebracht hat (bei der mir jede Perspektive verloren gegangen ist)
- weil ich wegen meiner Angsterkrankung nach der an sich erfolgreichen Bestrahlung meines Akustikusneurinoms nicht mehr auf die Beine gekommen bin und weiter unsicher bin und auch nach 1,5 Jahren nicht wieder ins Lot gekommen bin.
- weil ich versucht habe, nach dem Ende der Lebensarbeitszeit an den Ort meiner Träume zu kommen und dort festgestellt habe, dass alles anders ist, als ich dachte und nun beziehungslos an der dröhnenden Umwelt verzweifele.
- weil ich als Selbständiger am Ende selbst und ständig „alles gegen die Wand gefahren habe.“
- weil ich mich nach meinem nicht erfüllbaren Kinderwunsch in die Arbeit gestürzt habe und dabei alles um mich herum außer Acht gelassen habe – auch mich selbst
- weil mir nach dem Tod meiner Frau und nach einem langen erfolgreichen Berufsleben jetzt nur noch der Tinnitus geblieben ist
- Dazwischen nimmt eine Patientin Anteil, die aus gutem Grund selbst in dieser relativ vertrauten Gruppe lieber nichts von ihrer Trauma-Geschichte aus ganz anderem Zusammenhang erzählt.

---

***Am regelmäßigsten und am erfolgreichsten wird die hier erlernte Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen durchgeführt***

---

Da der Patient, der um Unterstützung bittet, selbst nur vage Vorstellungen äußert, bitte ich zunächst die Gruppe, für ihn zu überlegen, was ihm konkret geholfen haben könnte und was sich verändert hat. Wir lassen ihn die Rückmeldungen an der Flipchart so notieren, ohne dass die anderen das sehen können. Dies soll ihn zu schützen und ihm die Gele-

genheit geben, selbst zu entscheiden, was er annehmen kann. Im Anschluss stellt er vor, was er gehört und was davon angekommen ist. Dann kann die nächste, daraus abgeleitete und entscheidende Frage gestellt werden:

***„Und was davon werden Sie im Alltag, das heißt „alle Tage,“ umsetzen?“***

Wenn wir diesen Brief an den Patienten selbst in der Gruppe, im Einzel oder als „Hausaufgabe“ machen lassen, bitten wir die Patienten, den Brief in einen verschlossenen Umschlag an sich selbst zu adressieren. Wir übernehmen es, diesen nach ca. 3 Wochen an den Patienten zu schicken. Dies geschieht unabhängig von dem formalen Entlassungsbrief, der in aller Regel, aber auf einer anderen Ebene, vor der Entlassung mit den Patienten besprochen wird.

Diesem Patienten war es wichtig, die aus der Traumtherapie gelernten Ansätze weiter zu führen und dem Tinnitus dabei die ihm zukommende Bedeutung auch als „Hinweis-Signal“ zu würdigen. Am regelmäßigsten und am erfolgreichsten wird die hier erlernte Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen durchgeführt.

***Woher komme ich? Was brauche ich dazu? Wo will ich hin?***

Vorausgegangen sind Gruppensitzungen, in denen die Patienten in wechselnden Konstellationen in Beziehung getreten sind. Dabei kann es durchaus auch zu Auseinandersetzungen und Konflikten mit Reinszenierungen alter Beziehungsmuster, Verwicklungen und „Verwechselungen“ (Übertragungen) kommen. Oft sind dazu Rollenspiele, Kommunikationsproben und gerne das Loben der schon vorhandenen Fähigkeiten und Eigenschaften durch die Mitpatienten hilfreich. Es bestätigt sich in aller Regel die Grundannahme, dass sich alles, was sich „draußen“ in Beziehungsstrukturen zeigt, auch im Klinikalltag wiederholt. Anders als „zu Hause“, in der Familie, mit Geschwistern, im Umgang mit Kollegen und mit Freunden ist es aber

## Psychodynamische Gruppentherapie bei Tinnitus-Patienten

Helmut Schaaf

möglich, dies in der psychotherapeutischen Arbeit zu spiegeln und vor allem zu bearbeiten. Dies macht insbesondere dann Sinn, wenn es sich um Problem-Konstellationen handelt, die entweder zum Leiden am Tinnitus geführt haben oder das Leiden aufrechterhalten. In diesem Sinne dürfen die

Erfahrungen und Erlebnisse, die unter die Haut gehen, mit zu erleben (und Betroffenheit auslösen können).

Psychodynamische Verfahren haben methodisch die Besonderheit, dass sie den Interaktionen zwischen den Patienten und dem Therapeuten eine zentrale Bedeu-

***Die Arbeit des Therapeuten ist fokussiert auf das Erleben in der Psychotherapiesituation, wohl wissend, dass die Kommunikation mit dem Patienten oft nur „über den Tinnitus“ möglich ist***

Mitpatienten und die Therapeuten auch als „Ersatzspieler auf Zeit“ verstanden werden.

Eine weitere Grundannahme ist, dass Gefühle und Beziehungen eine Schlüsselstellung im Heilungsprozess, auch in der Tinnitus Behandlung, haben. Auf der Oberfläche äußern sich diese oft als Wut, Ärger, Enttäuschung, Sprachlosigkeit, schweigen, klagen, innere Anspannung, innere Unruhe, ineffektive Umtriebigkeit und eben auch im Leiden am Tinnitus. Letzteres – nicht der Tinnitus selbst – kann psychodynamisch als frühes Warnzeichen im seelischen Gefüge verstanden werden. Fachgerecht würde man es als „Korrelat der Signalangst“ bezeichnen (D'Amelio, & Kranz 2021, Schaaf 2015, 2019). Den Therapeuten fällt dabei die Aufgabe zu, die Interaktionen in der Gruppe und auch die eigene Rolle zu reflektieren, um dieser der Bearbeitung dienlich zu machen. Wichtig ist, dass die Hoffnung aufkommen kann, dass es Lösungen gibt, die ein Leben auch mit Tinnitus möglich machen.

Wirksam kann in der Gruppentherapie – unabhängig von der sonstigen therapeutischen Ausrichtung – die Erfahrung werden (Horn 2018)

- dass man in einem strukturierten Rahmen wohlwollenden und vertrauenswürdigen Menschen gegenübersteht,
- denen man sich mitteilen kann
- die bereit sind, dass Problem mit anzuschauen
- und die als Weggefährten oder „solidarische Leidensgenossen“ dabei sind,

tung zumessen. Dies gilt „bewusst“ auch für nonverbale Beziehungsangebote und -konstellationen. Die Arbeit von Seiten des Therapeuten ist dabei fokussiert auf das Erleben in der Psychotherapie-Situation, wohl wissend, dass beim Leiden am Tinnitus, die Kommunikation mit dem Patienten oft nur „über den Tinnitus“ möglich ist. Das heißt, dass man für sich und später mit dem Patienten übersetzen muss, was im Tinnitus Leiden ausgedrückt sein könnte.

Dabei geht es nicht darum, alles zu deuten, was wahrgenommen wird. Wichtig ist in aller Regel, im „Hier und jetzt“ zu bleiben. „Besonderheiten“ sollten nur angesprochen werden, wenn dies produktiv erscheint – und wenn dies mit einer positiven Intervention verbunden werden kann (s. auch D'Amelio, Schaaf & Kranz 2021).

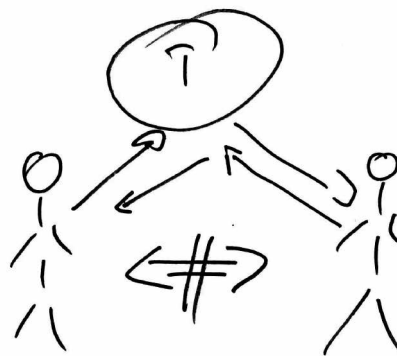


Abb. 2 Der Tinnitus kann lange zwischen der therapeutischen Beziehung stehen

## Beispiele von möglichen Interventionen – verbunden mit einem hilfreichen Angebot!

- **Schaffung eines subjektiven Sinngefüges:** Ich kann gut verstehen, dass Sie bei der von Ihnen geschilderten Situation zu Hause und/oder auf der Arbeit von ihrem Tinnitus erinnert werden, dass es (in der letzten Zeit/im Lauf der Jahre) einiges zu viel geworden ist.  
+ **hilfreiches Angebot:** Wer könnte Sie unterstützen, diese Belastungen einzugrenzen oder ihre Kapazitäten (Bewältigungsmöglichkeiten) zu verbessern?
- **Konfliktzentrierte Intervention:** Erst fühlen Sie sich auf der Arbeit und oder zu Hause überfordert, dann erleben Sie eine Tinnitus Verstärkung. Diese lösen das Gefühl aus, den Anforderungen wegen des lauter werdenden (erscheinenden) Tinnitus nicht mehr gerecht werden zu können.  
+ **hilfreiches Angebot:** Lassen Sie uns eine Möglichkeit überlegen, wer Sie unterstützen könnte.
- **Strukturbezogene Intervention:** Sie fühlen sich überfordert, der Tinnitus verstärkt sich in der Wahrnehmung (ohne „objektiv“ lauter werden zu können). Es kommen Angst und Ohnmachtsgefühle hinzu, die nun als „durch den Tinnitus“ ausgelöst empfunden werden.  
+ **hilfreiches Angebot:** Wollen wir uns gemeinsam anschauen, wer welches Stopp-Zeichen vor der Überforderung setzen darf?

**Oder:** Wollen wir uns gemeinsam anschauen, mit wem Sie die drohende Überforderung auch anders erkennen könnten, solange noch ein Stopp-Zeichen gesetzt werden kann.

Diesmal vorangegangen war eine intensive und über das Wochenende vorbereitete Gruppentherapie zu drei – biographisch und psychodynamisch gemeinten – Fragen:

- Woher komme ich?
- Wo will ich hin?
- Was brauche ich dazu?

Dazu wurden die Patienten vor dem Wochenende eingeladen, Symbole für diese drei Stationen zu finden und – bei ausreichendem Vertrauen – in der Gruppe vorzustellen. Das kann auf den ersten Blick auch sehr banal erscheinen. Meist aber entwickelt das Symbol in der Würdigung und Interpretation durch die Gruppe, psychotherapeutisches Nachfragen und ggf. durch Umgruppieren der Symbole einen anderen Kontakt zur psychischen Situation des Vorstellenden. Dieser kann oft über den Anschein und den Moment hinauswirken.

So erweist sich ein geknotetes Halstuch als Verbindung zwischen Herkunft und

Hinwollen schon mal als Knoten im Kopf, der erst mal aufgelöst werden muss. Eine Patientin konnte am Ende als Symbol ihre Kastanie mitnehmen, die sie zu Hause einpflanzen wird, um deren Wachstum zu begleiten, damit sie sich ungefähr genauso lange Zeit für die Veränderung geben kann wie die Kastanie braucht, um zu wachsen (auszutreiben).

Eindrucksvoll war die bildlich dargestellte Sequenz, die auch in der Gruppe extreme Reaktionen ausgelöst hat. In der tiefen Verzweiflung, Berührung und Entwicklung therapeutisch musste der Prozess mitgetragen werden, auch wenn schon für den Verlauf eine positive Perspektive sichtbar war.

Manchmal ist es auch besser, im gegenseitigen Einverständnis seine Symbole nicht in der Gruppe, sondern eher in der Einzeltherapie darzustellen, oder erst noch einmal mitzunehmen.



## Psychodynamische Gruppentherapie bei Tinnitus-Patienten

Helmut Schaaf



Abb. 3 Woher komme ich,? Was brauche ich dazu? Wo will ich hin? (Bilder mit Genehmigung von D. K.): Im Nachhinein sah der Patient auch im ersten Bild doch schon ein Licht am Ende des Tunnels, auch wenn es durch den Sensenmann noch sehr verstellt war. Geholfen hat auch seine „Schlitzohrigkeit“, die ihm zu „großen Ohren“ für eine sonnigere Umgebung führen könnte.

Beide Gruppensequenzen haben u.a. auch dazu geführt, dass ein großes Verständnis und Vertrauen für die weitere Gruppenarbeit entstanden ist. Dahinter durften bis dahin erlebte Konflikte und – normale – neurotische Einengungen sowie so manches an Ausagieren zurückstehen. So konnte Mann und Frau sich in der Gruppe auch schwach zeigen, ohne bei den Anderen Stärke oder Ablehnung auszulösen. Deswegen konnte selbst eine Patientin, die „schon immer“ kein Vertrauen zu Anderen entwickeln konnte und geübt ist, entlang der Bedürfnisse der anderen zu agieren, ein bisschen mehr wirklich „bei sich und bei den anderen sein.“

Zwischendurch kam „der Tinnitus“ und die Tinnitus-Wahrnehmung („Wie erlebt ihr das?) auch zu seinem Recht, wobei wir uns da grundlegend an dem Modell aus der „Kleinen Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung“ orientieren (Schaaf 2018). Im Wesentlichen geht es dabei um die „Hörfilter-Prozesse“, die dafür sorgen, dass der Tinnitus mit seinen maximal 15 dB Verdeckbarkeit (nach Abzug der Hörschwelle) nicht mehr als nötig in der Wahrnehmung einnehmen kann. Dabei hängen die Hörfilter-Funktionen nach unseren Vorstellun-

gen davon ab, wie das Verhältnis von Anforderungen – sowohl von außen wie von sich selbst – zu den Ressourcen steht. Letztere basieren wesentlich

- auf dem Beziehungsgefüge in der Partnerschaft oder in der Familie,
- dem Beziehungsgefüge zu den Freunden – so welche vorhanden sind,
- den Herausforderungen und Anforderungen im Beruf
- und nicht zuletzt auf der körperlichen Gesundheit,

vorausgesetzt die materielle Absicherung reicht aus, damit die darüber hinausgehenden Bedürfnisse zur Geltung kommen dürfen.

Wahrscheinlich ist eine solche Gruppenarbeit auch nur oder besser möglich, wenn das grundlegende Bedürfnis nach Wissen und die dazu gehörige „Psychoedukation“, das Erlernen eines Entspannungsverfahrens und bei uns auch die Hörtherapie ebenfalls Teil des Klinikalltags sein darf. Ziel dabei ist, dass am Ende jeder zumindest seine eigene Tinnitus Entwicklung verstehen kann – und möglichst auch seinen eigenen Hörbefund erklären kann. „Trotzdem“ kommt es auch immer wieder vor, dass es nötig wird, dass Tinnitus

Modell auch in seinem organischen Anteil in Gruppensitzungen zu integrieren und ggf. zu Sachfragen Stellung nehmen zu können.

Letztlich hängt das Vorgehen bei Tinnitus-Patienten natürlich auch von den Möglichkeiten und Ressourcen der jeweiligen „Anbieter“ oder Kliniken ab. Dabei sind Manuale sicher gute Wegweiser. Sie ermöglichen, ersetzen aber nicht die Therapie. Schließlich geht es nicht nur um das Symptom Tinnitus, sondern um den betroffenen Patienten, der verstanden und begleitet werden möchte – auch das ist der Unterschied von Counselling, Abarbeiten von Manualen und Psychotherapie.

## Literatur

- AWMF (2015). Leitlinie Tinnitus. Leitlinien der Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Leitlinie 017/064:1–16 5.
- Beyrau, D., Schaaf, H., Hesse, G. (2018). Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus. *Laryngo-Rhino-Otologie*; 702-710.
- D'Amelio, R., Schaaf, H. & Kranz, D. (2021) Tinnitus-Tools. Ein schulenübergreifendes Manual. Hogrefe
- Goebel, G. & Büttner, U. (2004). Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. *Psychoneuro* 30
- Delb, W., D'Amelio, R. & Archonti, C. (2002). Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Ermann, M. (2004). Somatisierung. In M. Ermann (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*, 233-235 (4. Aufl.). München: Kohlhammer.
- Hesse, G. (2015). Tinnitus (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Hesse, G. & Schaaf, H. (2012). *Manual der Hörtherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Horn, J. (2018). Warum und wie hilft Psychotherapie bei quälendem Tinnitus? *Tinnitus-Forum* 2, S. 9ff.
- Franz, M., Ballo, H., Heckrath, C., Schneider, C., Schmitz, N., Löwer-Hirsch, M., West-Leuer, B., Hirsch, M. & Ott, J. (2005). Tinnitus als soziale Infektion. Tinnitus als Indikator eines dekompenzierten Gruppenprozesses innerhalb einer Organisation. *Psychotherapeut* 50: 318-327
- Kröner-Herwig, B., Jäger, B. & Goebel G. (2010). Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim, Basel: Beltz;

- Martinez Devesa, P., Wadell, A., Perera, R. & Theodoulou, M. (2007). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev*; 24: CD005233.
- Schaaf, H. & Seling, B. (2002). Not verschafft sich Gehör. *HNO Nachrichten*, 8 (4), 16-19.
- Schaaf, H. & Eichenberg, C. (2008). Psychosomatische Ansätze beim Leiden am Tinnitus. Ein Plädoyer für ein störungsspezifisches Vorgehen unter Einschluss von 52 Tinnitus Patienten einer Spezialambulanz. *ZPPM* 6(4); 43-57
- Schaaf, H. (2015). Psychopathologie (des Leidens am Tinnitus). In G. Hesse (Hrsg.) *Tinnitus. 2. überarb. und erweiterte Auflage* (S. 57-73). Stuttgart: Thieme
- Schaaf, H. (2015) *Psychosomatik (des Leidens am Tinnitus)*. In G. Hesse (Hrsg.) *Tinnitus. 2. überarb. und erweiterte Auflage* (S. 93-112). Stuttgart: Thieme.
- Schaaf, H. (2018). *Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. Eine kleine Bildergeschichte*. Wuppertal: DTL.
- Schaaf, H. (2019). Tinnitus und das Leiden unter den Ohrgeräuschen. Eine integrierte Darstellung psychodynamischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze TF S. 25-30
- Svitak, M., Rief, W. & Goebel, G. (2001). Kognitive Therapie des chronisch dekompenzierten Tinnitus. *Psychotherapeut*; 46(5): 317-325.
- Tillmann, M. (2007). Der gesellschaftliche Prozess der Globalisierung und die Notwendigkeit von Intimität. Ein Versuch zum individuellen und kulturellen Verständnis der psychodynamischen Bedeutungen des Tinnitusaurium. *Psychosozial*, 107(1), 109-130.
- Weise, C., Kleinstüber, M., Kaldo, V. & Anderson, G. (2016). *Mit Tinnitus leben. Ein Manual*. Heidelberg,: Springer.



Dr. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Grosse Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)