

# Fallbericht über eine traumatisch bedingte Phonophobie

von Dr. med. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt, Psychotherapie, Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Bad Arolsen

*Geräuschüberempfindlichkeit kann viele Ausprägungen haben. Eine mögliche Unterform ist die Phonophobie, die Angst vor Geräuschen, die unabhängig vom Hörvermögen der betroffenen Person besteht. Im vorliegenden Beitrag schildert Dr. med. Helmut Schaaf die Geschichte einer Patientin, die unter einer traumatisch bedingten Phonophobie litt. Der Autor erläutert die Zusammenhänge zwischen der Phonophobie und dem erlebten Trauma. Außerdem beschreibt er, wie eine Behandlung einer traumatisch bedingten Phonophobie gegenüber der Therapie einer nicht mit einem Trauma verbundenen Phonophobie aussehen kann.*

## Einleitung

Eine Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen oder akustischen Signalen kann viele Ausprägungen und Ursachen haben. Eine davon ist – unabhängig vom eigenen Hörvermögen – die sogenannte Phonophobie, wörtlich: die Angst vor Geräuschen. Entscheidend ist dabei die subjektive Bedeutung der Geräusche für die Hörenden. So können Kinderstimmen oder Partygeräusche (von anderen, zum Beispiel Nachbarn) ungut wahrgenommen werden. Es kann aber auch sein, dass spezielle Geräusche – meist auf der unbewussten Ebene – Schreckreaktionen auslösen, die erst einmal nicht verständlich erscheinen. Dies kommt zum Beispiel bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vor. Eine solche kann sich entwickeln, nachdem eine Person einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis ausgesetzt war. Ein inneres Wiedererleben kann auch über Höreindrücke erfolgen und wird typischerweise von starken Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet.

Wurde eine PTBS bei einem Knalltrauma ausgelöst, ist es gut verständlich, warum akustische Auslöser zu übermäßigen Schreckreaktionen führen können. Dann ist im Hörbefund auch organisch etwas feststellbar, in der Regel eine Hochtoneinbuße.

Schwieriger kann es werden, wenn die Umstände nicht so offensichtlich sind, wie in

dem vorliegenden Fall. Da in der Fachliteratur zum Thema Trauma zwar häufig über visuelle Wahrnehmungen als Trigger berichtet wird, kaum aber über akustische Auslöser, soll über eine für die Betroffene und im HNO-Kontext lange nicht zuordnungsfähige Symptomatik berichtet werden.

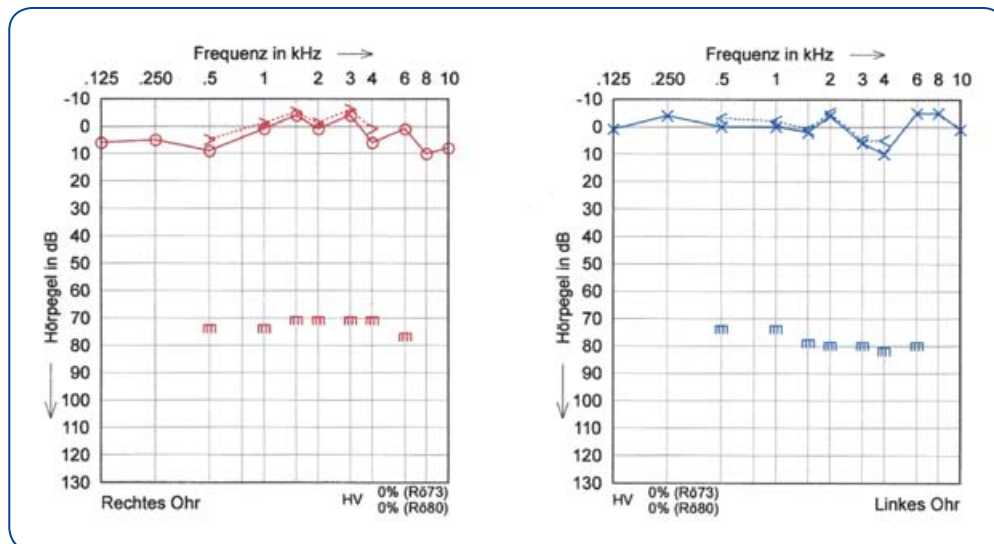
## Die Geschichte einer Patientin

Die Patientin hatte sich in unserer HNO-Spezialambulanz vorgestellt wegen einer Überempfindlichkeit gegen die Musik des Nachbarn. Wenn sie im eigenen Wohnbereich die Technomusik ihres Nachbarn höre, erlebe sie ihr unverständliche Reaktionen wie völliges „Gelähmt-sein“ mit zwanghaftem Hinhören, ohne sich aus der Situation wegbegeben zu können, auch nicht auf Drängen des Lebensgefährten, der nicht verstehe, warum sie nicht einfach aufstehe und gehe, wenn es sie so störe. Sie könne sich nur lösen mit Selbstverletzungen, wie etwa den Kopf an die Wand zu schlagen, bis sie (fast) bewusstlos sei. Sie habe dafür keine Erklärungen und sei bisher auch noch nicht auf eine solche von Ärzten oder Psychotherapeuten gestoßen. Deswegen denke sie, dass etwas mit ihr, ihrem Gehirn oder ihrem Hören nicht stimmen könne.

Der Hörbefund lag – wie auch schon in den Voruntersuchungen – im Normbereich (Abb. 1). Auch die weiteren Befunde einschließlich einer Kernspinaufnahme des Kopfes waren unauffällig.

Über ihre „unguten“ sexuellen Erfahrungen bräuchten wir nicht zu reden, dazu habe sie schon zwei Therapien gemacht. Als sie dann dennoch nach ihrer Biografie befragt wurde, danach, wie sie groß geworden sei, erzählte sie, dass sie ihren Vater nicht kenne, die Mutter eher schwierig in der Beziehung sei. Mit 14 sei sie bei einer Disco Opfer einer Gruppenvergewaltigung geworden. Dabei könne sie sich nur noch an die bedrohliche Rudelsituation davor erinnern und wie sie, im Gesicht blutend, hinterher ihre Mutter angerufen habe, damit sie sie abhole. Dies habe die Mutter auch getan, sie aber nicht etwa zu einem Arzt gebracht, sondern mit der Frage mit nach Hause genommen, ob sie nicht selber schuld sei, und dass sie sich nicht so anstellen solle.

Trotz aller Schwierigkeiten und dem ihr dann anhängenden Ruf, für alle Jungs sexuell verfügbar zu sein, habe sie trotzdem die Schule beenden können. Sie habe zwar nicht das gewünschte Medizinstudium anfangen können, aber in Linguistik promoviert. Sie sei immer radikal für den Tierschutz eingetreten und engagiere sich jetzt, „schon fast gemäßigt“, für gerechtere Bedingungen im Handel. Beruflich arbeite sie für eine Firma, bei der es überwiegend um die Lieferkettentransparenz gehe. Sie lebe mit einem Computerspezialisten zusammen in einer Beziehung, richtig sicher fühle sie sich aber nur bei ihrem Araberpferd, das sie „natürlich nicht zum Reiten habe, sondern als Gefährten“. Auf die Frage hin, welche Musik denn damals bei der Disco



**Abb. 1:** Audiogramm mit Angabe der untersuchten Frequenzen (von links nach rechts) und der Abweichung des Hörvermögens von der sogenannten Null-Linie von oben nach unten. Die Null-Linie stellt den Vergleichswert für Jugendliche dar. Bis zu 10 dB Hörabweichung gelten als unauffällig. Dokumentiert ist in diesem Audiogramm die Normalhörigkeit der Patientin und ihre weitestgehend unauffällige Unbehaglichkeitsschwelle (unten). Die Unbehaglichkeitsschwelle ist subjektiv und hängt vom Befinden der Betroffenen ab. Je eher die Töne als unbehaglich empfunden werden, desto größer ist die Geräuschempfindlichkeit.

gespielt wurde, stellte sich heraus, dass diese ähnlich sei wie die ihres Nachbarn.

## Hören und die posttraumatische Belastungsstörung

Der Fern-Sinn Hören ermöglicht es, sich neu auftretenden Geräuschen sofort und in höchster Alarmbereitschaft zuzuwenden. Unser

Gehör leitet die akustisch wahrgenommenen Informationen bis in den auditiven Kortex in den Temporallappen des Gehirns (siehe Glossar). Im Thalamus wird „entschieden“, was bewusst wahrgenommen wird, die Amygdala ist wesentlich an der Konditionierung von Angst und der Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren beteiligt. Der Hippocampus hat eine ordnende

Wirkung bei der Bewertung und Überführung der Informationen aus dem Kurzzeitspeicher in den Langzeitspeicher der Großhirnrinde.

Bei traumatischen Erlebnissen ist die Zusammenarbeit zwischen der Amygdala und dem Hippocampus gestört. Gefühlszustände, Bilder und körperliche Reaktionen werden in der Amygdala gespeichert, das vollständige Zuordnen des Erlebten im Zusammenhang mit der äußeren Realität kann im Hippocampus jedoch nicht stattfinden.

Kann das Trauma nicht verarbeitet werden, überwiegt das emotionale Gedächtnis der Amygdala im Vergleich zum autobiografischen Gedächtnis des Hippocampus. Es besteht ein Nebeneinander von intensiven Erinnerungen einerseits und Erinnerungslücken bezüglich der konkreten Geschehnisse andererseits. Die unvollständigen, weil noch nicht zuordenbaren Erinnerungen können ein Eigenleben entwickeln, das sich weitestgehend dem Bewusstsein entzieht.

Zahlreiche Reize können dann als Trigger fungieren und bei Betroffenen intensive emotionale Erinnerungen hervorrufen und folgende Symptome auslösen:

- Körperliche Reaktionen: Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, Atemnot;
- psychische Reaktionen: Angst, Panikattacken, Wut, Dissoziation, emotionale Taubheit;
- Vermeidungsverhalten: Rückzug aus Situationen mit potenziellen Triggern

## Definitionen

### Hyperakusis (Geräuschüberempfindlichkeit)

Unter „sonstige abnorme Hörabweichungen“ (ICD H93.2) fallen – im Deutschen oft unter dem wenig präzisen Oberbegriff „Geräusch(über)empfindlichkeit“ subsumiert – unterschiedliche Phänomene, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Patienten auf ihre akustische Umgebung mit hohem subjektivem Leiden und Schreckreaktionen wie Zu- oder Abnahme des Blutdrucks, Brady- oder Tachykardie (verlangsamer oder beschleunigter Herzschlag), Schweißsekretion, Mundtrockenheit, Unruhe oder durch im Ohrbereich lokalisierte Schmerzempfindung reagieren.

Unterschieden werden können dabei

- das Recruitment bei Innenohrerkrankungen,
- die Hyperakusis mit einer allgemeinen Überempfindlichkeit über das gesamte Frequenzspektrum des Hörvermögens,
- die Phonophobie als angstgefärbte Empfindlichkeit gegenüber speziellen Geräuschen – weitestgehend unabhängig von deren Lautstärke.

Während das Recruitment primär als peripheres (im Ohr angesiedeltes) Geschehen (mit oder ohne zentrale, das heißt im Gehirn angesiedelte) Habituation, also Gewöhnung, angesehen werden kann, stellen Hyperakusis und Phonophobie vor allem Störungsformen der zentralen beziehungsweise psychischen Verarbeitung – meist ohne Innenohrschädigung – dar [4].

(zum Beispiel Menschenansammlungen, öffentliche Verkehrsmittel);

- Hypervigilanz: dauerhafte Übererregung und „Lauschen auf Gefahr“.

Zudem berichten Betroffene häufig über eine unerklärliche Reizbarkeit, Schlafprobleme sowie Konzentrationsstörungen. Auch akustische Trigger können bei einer PTBS eine schnelle, unbewusste Stressantwort initiieren – häufig ohne bewusste Erinnerungsassoziation. Besonders Reize, die dem Ursprungsereignis ähneln, wirken dabei potenziell retraumatisierend. Die Bedeutung akustischer Trigger liegt oft in ihrer assoziativen Verknüpfung mit dem ursprünglichen Trauma. Eine Flashback-Reaktion oder eine Dissoziation auslösen können in diesem Kontext

- laute, plötzliche Geräusche (Explosionen, Türknallen),
- menschliche Stimmen (Tonlage, Akzent, Stimmlautstärke),
- bestimmte Musikstücke oder Sprachketzen.

### Die psychosomatische Zuordnung

Unter Auswertung der neurootologischen Befunde und der Anamnese bot sich als HNO-Diagnose und als Erklärung für die Symptomatik die Phonophobie an. Für eine Traumabezogene Reaktion (Tab. 1) sprachen

- die Geräusche, die mit dem Trauma verbunden sind, in diesem Fall die Musik und Stimmen,
- die unwillkürliche emotionale oder körperliche Reaktion auf Geräusche, die mit dem Trauma assoziiert sind,
- die fehlende bewusste Verknüpfung zum Trauma, sodass ihre Reaktionen „irrational“ oder unerklärlich erschienen.

So war der Patientin nicht bewusst, in welchem Zusammenhang die Trigger zu verstehen sind – trotz der vorangegangenen Psychotherapien – und es war ihr auch willentlich nicht möglich, mit der Situation anders umzugehen. Stattdessen hatte sie das Gefühl, mit ihr und ihrem Gehör müsse etwas nicht in Ordnung sein.

### Therapie

Allgemein ist die Grundlage der Therapie eine Aufklärung über Ursachen und Zusammen-

## Glossar



**Unbehaglichkeitsschwelle:** Die Unbehaglichkeitsschwelle beschreibt die Lautstärke in dB (Dezibel), die für den Patienten in einem Hörtest als unangenehm empfunden wird.

**Amygdala (Mandelkern):** Die Amygdala ist ein Teilbereich innerhalb des limbischen Systems im Gehirn, bestehend aus zwei bohnen großen Verbänden von Nervenzellen. Durch die Verbindung mit anderen Hirnregionen wird hier die Bedeutung verschiedener Signale bewertet und dann zusammen mit dem Hippocampus über verzweigte Bahnen auf die Großhirnrinde projiziert. Die wesentliche Amygdala-Funktion besteht in der Bewertung von Gedächtnisfunktionen wie Erinnerungen mit emotionalen Inhalten.

**Hippocampus:** Er befindet sich am inneren Rand des Temporallappens und ist eine zentrale Schaltstation des limbischen Systems. Im Rahmen der Gedächtnisbildung arbeitet der Hippocampus als eine Art Zwischenspeicher des Gehirns. In Ruhephasen, wie beispielsweise im Schlaf, werden Informationen, die vorher aufgenommen wurden, verfestigt und zur endgültigen Speicherung in andere Hirngebiete weitergeleitet. Es gibt je einen Hippocampus pro Hemisphäre (Gehirnhälfte).

**Kortex:** Als Kortex oder Rinde bezeichnet man in der Medizin die an der Außenseite gelegenen Anteile. Am häufigsten ist die Großhirnrinde gemeint.

**Thalamus:** Der Thalamus ist ein Kerngebiet des Zwischenhirns. Er ist die Sammelstelle für alle Sinnesindrücke mit Ausnahme des Geruchssinns, die auf dem Weg zur Großhirnrinde hier umgeschaltet werden – also alle Eindrücke des Sehens, Hörens, Fühlens und der Temperatur- und Schmerzempfindung.

**Temporallappen:** Der Temporallappen liegt in der mittleren Schädelgrube und bildet den tiefen seitlichen Anteil des Großhirns. Der Temporallappen beherbergt unter anderem das Hörzentrum und den Hippocampus.

**Dissoziation:** Unter Dissoziation versteht man in der Psychologie einen psychischen Prozess, bei dem normalerweise integrierte Funktionen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Identität oder der Motorik vorübergehend voneinander abgetrennt werden (DocCheck Flexikon).

**Flashback:** Wiedererleben traumatischer Ereignisse.

**EMDR:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing, kurz EMDR, ist ein psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung traumatischer Erinnerungen, bei dem mit durch den Therapeuten angeleiteten Augenbewegungen gearbeitet wird.

hänge der Geräuschüberempfindlichkeit, die entängstigt und vor allem ein ungünstiges Schonungs- beziehungsweise Vermeidungsverhalten anspricht und stattdessen Ansätze für die Bewältigung an die Hand gibt [1, 4]. In Form eines Selbstbehandlungsprogramms und/oder in einer angeleiteten „Hörtherapie“ [1, 4] können die Betroffenen in einfacheren Konstellationen zunehmend an sich in der Lautstärke steigernde Geräuschquellen herangeführt werden. Dies entspricht einer gestuften Reizkonfrontation beziehungsweise

graduierten Desensibilisierung in der Realität. Hilfreich ist dabei das Erlernen eines Entspannungsverfahrens (zum Beispiel Progressive Muskelentspannung nach Jacobson).

### Vorgehen in dem konkreten Fall

Bei dieser Patientin konnte über das Verstehen des Trauma-Einflusses an der Auflösung des bisher unverständenen Gesamtgeschehens gearbeitet werden. Hilfreich war die Unterstützung mit Sertralin, einem Selbsthilfebuch

	Phonophobie ohne Trauma	Traumabezogene Reaktion (akustischer Trigger bei PTBS)
<b>Definition</b>	Angstreaktion auf bestimmte Geräusche – unabhängig vom Hörbefund	Unwillkürliche emotionale oder körperliche Reaktion auf Geräusche, die mit dem Trauma assoziiert sind
<b>Typische Geräusche</b>	Alltagstöne mit negativer Bewertung (zum Beispiel Kindergeschrei, Klingel, Lüftergeräusch)	Geräusche, die mit dem Trauma verbunden sind (zum Beispiel Musik, Stimmen, Türknallen)
<b>Konditionierung</b>	Häufig durch wiederholte Belastung, beruflichen Stress oder subjektive Überforderung	Oft durch ein einzelnes traumatisches Erlebnis oder eine Serie von Traumatisierungen
<b>Kognitives Erleben</b>	Betroffene wissen meist, dass die Angst „übertrieben“ ist	Häufig keine bewusste Verknüpfung – Reaktion erscheint „irrational“ oder unerklärlich
<b>Physiologische Reaktion</b>	Schreckreaktion, Unruhe, Vermeidung, eventuell vegetative Symptome	Dissoziation, Flashbacks, Erstarrung, Selbstverletzung, Überwältigung
<b>Psychodynamik</b>	Vermeidung unangenehmer Geräusche oder Situationen	Wiederinszenierung eines nicht verarbeiteten Affekts, Abwehr von überwältigender Emotion
<b>Therapieansatz</b>	Psychoedukation, Verhaltenstherapie, gegebenenfalls Habituation (Gewöhnung)	Traumatherapie, Exposition in sicherem Rahmen, Verarbeitung des ursprünglichen Traumas

**Tab. 1:** Vergleich Phonophobie ohne Trauma-Anamnese mit einer traumatisch bedingten Phonophobie. Der Dank des Autors für die fachliche Unterstützung bei der Gegenüberstellung gilt Dr. Frank Wagner, Chefredakteur der Fachzeitschrift Trauma und Gewalt, München.

von Luise Reddemann und der Ermöglichung einer professionellen Traumatherapie bei einem befreundeten Trauma-Therapeuten, wobei es für den psychotherapeutischen Kollegen sehr hilfreich war, dass die Organik auch für ihn stimmig abgeklärt war.

Begonnen wurde nach den notwendigen Vorbereitungen mit der etablierten EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Allerdings erklärte die Patientin wiederholt, dass imaginierte Szenarien und therapeutische Geräuschsimulationen bei ihr keine emotionale Reaktion auslösten, da sie diese als „nicht echt“ einordnete. Aus diesem Grund wurde ein therapeutischer Konzeptwechsel vorgenommen. Dieser bestand aus drei miteinander verzahnten Komponenten:

- Semantische-Ähnlichkeitsrelation-Modell,
- Modi-Konzept zur Abbildung innerer Zustände,
- systematische Expositionsübungen im Alltag.

Das Semantische-Ähnlichkeitsrelation-Modell ermöglichte ein kognitives Verständnis der

Symptome, das Modi-Konzept schuf Distanz zu Trauma-bedingten Gedanken und Gefühlen, die Expositionsübungen förderten direkte Erfolgserlebnisse im Alltag.

Im weiteren Verlauf berichtete die Patientin, dass es ihr zunehmend möglich wurde, mit der initial beschriebenen akustisch ausgelösten Problematik (Technomusik ihres Nachbarn) verständiger, nicht mehr selbstverletzend und vor allem aktiver umzugehen. Es begann damit, dass sie sich traute, von sich aus zu den Nachbarn zu gehen und um Absprache und Rücksicht zu bitten. Zudem kam sie immer besser in die Lage, Zustände von Übererregung zu regulieren und ihre Resilienz auch durch gezielte Selbstfürsorge zu steigern.

## Fazit

Das Wiedererleben einer traumatischen Belastung kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen, in diesem Fall durch akustische Stimuli im Sinne einer Phonophobie. Ihre Identifikation und der sensible Umgang damit können entscheidend sein für die Stabilisierung und die kausale Trauma-Bearbeitung.

Der Autor:



Foto: privat.

**Dr. med. Helmut Schaaf**  
Leitender Oberarzt,  
Psychotherapie  
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
Gleichgewichtssambulanz  
Ohr- und Hörinstitut Hesse(n)  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
[www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net)

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 1/2026“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.