



– Für unsere fachlichen Leserinnen und Leser –

Balintgruppen in der HNO-Heilkunde

## Was hilft HNO-Ärzten bei der Tinnitus-Behandlung?

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

*Wenn die Tinnitus-Belastung einer Patientin oder eines Patienten durch psychische Probleme entstanden ist oder aufrechterhalten wird, kann es für HNO-Ärztinnen und -Ärzte schwierig werden. Dann können auch sie Unterstützung gebrauchen, um im Praxisalltag nicht unterzugehen oder gar Probleme mit nach Hause zu nehmen. Ein solches Unterstützungsangebot ist eine Balintgruppe, in der acht bis zwölf Teilnehmende unter Moderation die Möglichkeit haben, Fälle aus ihrer Praxis zu besprechen. Dr. med. Helmut Schaaf, selbst Balintgruppenleiter, stellt die Arbeit in einer solchen Gruppe vor.*

### Einleitung

Das Leiden am Tinnitus kann viele Ursachen, meist Hörveränderungen, und viele aufrechterhaltende Faktoren haben. Dabei gehört die Abklärung des organischen Anteils des Tinnitus-Leidens in erster Linie in die Hand der HNO-Ärztin oder des HNO-Arztes. Im Idealfall

kann eine auf die Betroffenen eingehende Aufklärung, verbunden mit einer hilfreichen Maßnahme, zu einem besseren Umgang mit dem Tinnitus führen. Das kann oft schon ein Hörgerät, manchmal die Empfehlung der Progressiven Muskelentspannung (PMR) sein. Schwierig für die HNO-Ärzte wird es, wenn das Leiden am Tinnitus wesentlich

durch Umstände entstanden ist oder aufrechterhalten wird, die nicht direkt in ihre organische Kompetenz fallen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn eine seelische Not körperlich erlebt wird. Dann werden aus diesem Empfinden heraus verständlich, aber meist nicht hilfreich, von den Patientinnen und Patienten auch organische Lösungen

gesucht oder eingefordert. Das kann selbst bei den zugewandtesten Kolleginnen und Kollegen ungute Gefühle auslösen und zu unterschiedlichen, auch ungunstigen Reaktionen führen. Dann können auch HNO-Ärztinnen und -Ärzte Unterstützung gebrauchen, um im Praxisalltag nicht unterzugehen oder gar Probleme mit nach Hause zu nehmen.

### Psychosomatische Erkrankungen und Somatisierungsstörungen

Unter psychosomatischen Erkrankungen kann man Phänomene zusammenfassen, bei denen das Krankheitsbild einen organischen Kern hat (zum Beispiel eine Hörstörung), bei denen aber in erheblicher Weise psychische Faktoren bei der Entstehung, Veränderung oder Aufrechterhaltung wirksam werden (Lamparter, 2002).

Als Somatisierungsstörungen werden Krankheitsbilder bezeichnet, die ohne organische Schädigungen mit körperlich empfundenen Symptomen und Leidensdruck einhergehen. Quasi definitionsgemäß haben die betroffenen Patienten bei dieser Störung keinen Zugang zu den psychischen Anteilen, die das Leiden ausmachen oder aufrechterhalten. Zentral ist dabei oft eine „im Symptom“ gebündelte oder verdeckte Angst-Empfindung. Häufig kommen weitere Symptome wie eine nervöse Unruhe, Schlaflosigkeit, Schwitzen, Herzklopfen, Schmerzen oder Kopfdruck hinzu. Diese werden aber als „durch das Symptom ausgelöst“ empfunden. In diesem Sinne kann sich Seelisches körperlich ausdrücken, ohne dass die eigentliche seelische Botschaft vom Betroffenen verstanden wird oder werden kann. Wie aber kann es zu einer solchen Somatisierungsstörung und einer „Resomatisierung“ kommen?

### Somatisierung und Resomatisierung von Affekten

In der Entwicklung des Menschen spielen körperbezogene Erfahrungen für die Affektregulierung und die Etablierung eines stabilen „Ich-Systems“ eine entscheidende Rolle, so zum Beispiel das Streicheln für Zärtlichkeit und Entspannung. So entstehen beziehungsvermittelte, unbewusste körperliche Reak-

## Balintgruppen und ihre Organisation



In einer Balintgruppe arbeiten acht bis zwölf ärztliche Teilnehmende unter der Moderation einer ausgebildeten Balintgruppenleiterin beziehungsweise eines -leiters zusammen, in der durch ein Gruppenmitglied in einer meist 90 Minuten dauernden Sitzung ein „Fall“ vorgestellt wird. Die Gruppenarbeit konzentriert sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung und deren Beeinflussung durch Dynamiken von Seiten der Patientin/des Patienten und der Ärztin/des Arztes.

Als Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird die Teilnahme an einer Balintgruppe durch die Ärztekammern mit zwei CME-Punkten zertifiziert. Kontinuierlich arbeitende Balintgruppen haben in der Regel ein bis zwei Gruppensitzungen pro Monat.

Auf der Homepage <https://balintgesellschaft.de> können über die Suchfunktion mittels Postleitzahl das Angebot von Balintgruppen vor Ort und Kontaktinformationen abgerufen werden.

Aktuell ist eine Balintgruppen-Erfahrung vorgeschrieben für den Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Zusatzbezeichnungen „Sexualmedizin“ und „Schmerztherapie“ sowie für die „Psychosomatische Grundversorgung“.

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung-von-2018>, aktualisiert am 25.06.2022

tionsmuster, die einzelnen Affekten zugeordnet werden. Streicheln ist etwa mit Wohlfühlen und mit liebevollem Umgang zwischen Mutter und Kind verbunden. Daraus entwickeln sich unter anderem die späteren Beziehungs-Repräsentanzen (Ermann, 2004).

Bei einer gelungenen Entwicklung kommt es zu einer Ausdifferenzierung der emotionalen Empfindung:

- Gefühle von Wohlsein und Lust können sich differenzieren in die Empfindung von Zufriedenheit, Freude, Vertrauen, Glaube, Liebe, Hoffnung, Zärtlichkeit;
- Unlust differenziert sich in Angst, Furcht, Scham, Schuld, Ekel, Trauer, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit.

Die seelische und körperliche Seite des Affekterlebens sollten im Laufe der Entwicklung nach und nach voneinander getrennt wahrgenommen werden können. Dann darf

die körperliche Seite in der vorbewussten Wahrnehmung verbleiben. Das bedeutet, dass man das körperliche Erleben nicht mehr als solches wahrnimmt, sondern nur noch den zugehörigen Affekt.

### Resomatisierung – eine Reaktionsmöglichkeit in der Not

Der Prozess der Differenzierung emotionaler Qualitäten kann ins Stocken geraten und – auf jeder Stufe – stehen bleiben (Entwicklungsmängel). Dies hat Konsequenzen für die Ausgestaltungsmöglichkeiten der Affekte und kann zu Einschränkungen in der emotionalen und sozialen Kompetenz führen.

Aber selbst bei gelungener Entwicklung kann die Affektwahrnehmung und -ausgestaltung bei „überflutendem“ Druck, „grenzüberschreitender“ Not oder entsprechender Heftigkeit von Konflikten wieder vermehrt körperlich wahrgenommen werden. Dies kann für die Betroffenen unbewusst bleiben

Mit der DTL immer auf dem neuesten Stand der Forschung!

und ist dann subjektiv „nicht bewusst steuerbar“. Als Theoriekonstrukt beschrieb dies erstmals der Leibarzt Freuds, Max Schur, als Prozesse der De- und Resomatisierung.

Mitscherlich (1966) beobachtete Menschen, die über lange Zeit einem unausweichlichen Konflikt ausgesetzt waren und dabei zunächst psychische Symptome wie Niedergeschlagenheit, Depressionen oder Ängste entwickelten. In einer weiteren Stufe würden körperliche Beschwerden auftreten, wobei gleichzeitig die psychischen Symptome – in der Wahrnehmung – zurückgingen. Die Not muss dabei sehr anhaltend und/oder verhältnismäßig groß sein, wenn psychogene Prozesse nicht mehr allein mit den Mitteln der Psyche bewältigt werden können und über die Verdrängung ins Körperliche „abgewehrt“ werden müssen (zweiphasige Verdrängung).

Ermann (2004) beschreibt, dass von dem komplexen Ablauf einer „Resomatisierung“ körperlich-funktionelle und kognitive Vorgänge betroffen sind. So kann es dazu kommen, dass psychische Nöte überwiegend oder nur körperlich erscheinen können. Auf dieser Grundlage kann der Körper zum Pro-

jektionsfeld für vielerlei Missempfindungen und belastende Erlebnisse werden, und das körperliche Erleben in das Zentrum der zwischenmenschlichen Kommunikation rücken.

### Der Tinnitus als Korrelat der Signalangst

Ein Tinnitus kann nach psychodynamischem Verständnis ein für den Patienten wahrnehmbares Zeichen einer psychogenen Not oder Krise sein. Im analytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar (Abb. 1). Typischerweise tritt der Tinnitus dann meist ohne erkennbare organische Schädigung auf. Zentral darf dabei als Grundlage der verstärkten Tinnitus-Wahrnehmung eine Schwächung der Hörfilterfunktion vermutet werden (Schaaf in: Hesse, 2015). Der Tinnitus wird damit zum „somatischen Kristallisationspunkt“ eines sich dadurch ausdrückenden seelischen Prozesses. Der Körper äußert sich da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann. Dem Tinnitus kann dabei die Aufgabe zukommen, einen – meist großen – Teil der unbewussten Angst im psychogenen Prozess ebenso anzuzeigen wie zu binden.

Der Vorteil dieser – auf unbewusster Ebene bestmöglichen – Konfliktlösung ist, dass damit die Angst und der dahinterstehende Konflikt eine Adresse bekommen und nach außen getragen werden können. Es handelt sich hier allerdings – wie generell bei Neurosen – um einen „suboptimalen“ Stabilisationsversuch, weil die gewonnene „Entlastung“ mit teilweise doch erheblichen Einschränkungen einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert die Konzentration auf das Leiden am Tinnitus realistischere Lösungsansätze.

Dies verfestigt sich ungünstig, wenn das Leiden am Tinnitus mit sekundärem Krankheitsgewinn verstärkt wird, erst recht, wenn sich ein Patient, „legitimiert“ durch die „organische“ Erkrankung, regressiven Bedürfnissen und Versorgungswünschen hingeben kann.

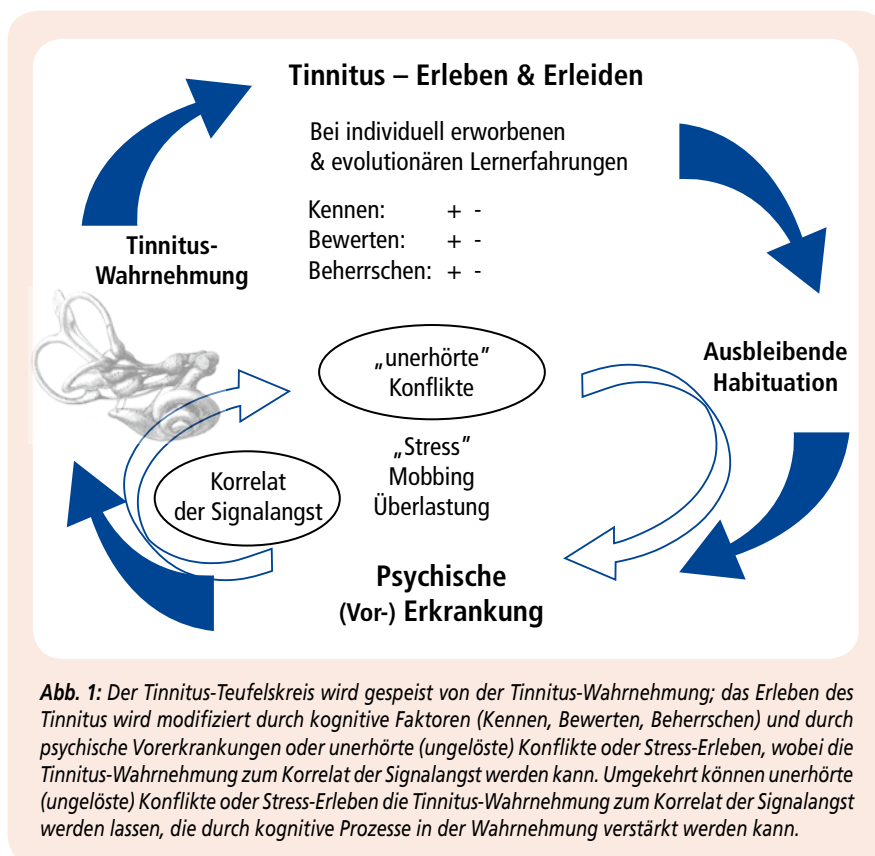
Bei der Begegnung von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt treffen sich dann zwei auf unterschiedlichen, meist unbewussten Ebenen:

- Der Patient sucht einen auf das Organ spezialisierten Arzt auf und erwartet dort ein Angebot für sein Problem.
- Der Arzt kann auf seinem Gebiet nichts finden, das die Symptome alleine ausreichend erklären kann.

So besteht von Anfang an – ungewollt – eine Beziehungsstörung. Die Kommunikation verläuft dabei über den Tinnitus, mit all den dazugehörigen Missverständnissen.

### „Jetzt haben Sie auch nichts gefunden“

Wenn selbst nach der aufwendigsten Diagnostik keine hinreichende somatische Ursache gefunden wird, fühlen sich die Hilfesuchenden in ihrer spürbaren Not oft ärztlich im Stich gelassen und die Ärzte sehen sich oft in Erklärungsnot. Dabei geraten die Ärztinnen und Ärzte nicht selten unter emotionalen Druck, dennoch „etwas“ in ihrem Kompetenzbereich machen zu müssen. Dann sind ausgerechnet diese Patienten besonders gefährdet für eine zusätzliche iatrogene (durch einen Arzt verursachte) Fixierung, weil sie jede medizinische Maßnahme dankbar annehmen. So durchlaufen Somatisierungspatienten der etwas komplexeren Art oft eine Odyssee an Arztbesuchen. Viele werden dann über Monate bis Jahre falsch und vor



**Abb. 1:** Der Tinnitus-Teufelskreis wird gespeist von der Tinnitus-Wahrnehmung; das Erleben des Tinnitus wird modifiziert durch kognitive Faktoren (Kennen, Bewerten, Beherrschen) und durch psychische Vorerkrankungen oder unerhörte (ungelöste) Konflikte oder Stress-Erleben, wobei die Tinnitus-Wahrnehmung zum Korrelat der Signalangst werden kann. Umgekehrt können unerhörte (ungelöste) Konflikte oder Stress-Erleben die Tinnitus-Wahrnehmung zum Korrelat der Signalangst werden lassen, die durch kognitive Prozesse in der Wahrnehmung verstärkt werden kann.

allem sinnlos behandelt (Injektionen von Lokalanästhetika, Infusionsbehandlungen mit durchblutungsfördernden Mitteln bis hin zu Operationen etwa durch Kieferorthopäden beim Tinnitus). Letztlich führt dies zu einer weiteren Fixierung auf eine organische Ursache und zu sekundären Konditionierungsmechanismen, die die Chronifizierung zusätzlich begünstigen und eine Symptomhabituation definitiv verhindern. Dies ist eine für beide Seiten unbefriedigende Situation – sowohl für den enttäuschenden und zugleich enttäuschten Arzt als auch für den letztlich fehlbehandelten Patienten. Dann fühlen sich die Hilfesuchenden meist unverstanden und in ihrer spürbaren Not alleingelassen. Dies hat oft Auswirkungen auf die Interaktion mit den Behandelnden, die diese ihrerseits möglicherweise unverstanden mit nach Hause nehmen.

### Was hilft den Ärztinnen und Ärzten?

Für Kolleginnen und Kollegen, die sich mit psychischen Erkrankungen beschäftigen, gilt es nahezu als selbstverständlich, dass sie sich selbst als ihr persönliches Instrumentarium genauso regelmäßig „warten“, wie auch bei teuren Maschinen auf ständige Inspektion, Ölwechsel und Überprüfung geachtet wird. Dies ist bei einem Beruf, der so viele interaktionelle, immer wieder eingeforderte „emotionale“ Fähigkeiten verlangt, auch unerlässlich. Supervision ermöglicht, wie der Begriff schon sagt, den Überblick zu behalten.

Auch bei der Tinnitus-Behandlung lösen Menschen in dem Moment, in dem sie in Kontakt treten, Gefühle aus. Diese werden – ohne dass man darüber bewusst nachdenkt – in Millisekunden mit Situationen abgeglichen, die schon einmal erlebt und/oder erlitten wurden. So kommt es wahrscheinlich in jeder Lebenssituation zu „Übertragungen“ des schon Bekannten auf das (noch) Unbekannte. Daraus resultieren oft „Verwechslungen“ und damit möglicherweise unangemessene Reaktionen. Ärztinnen und Ärzte werden oft verwechselt mit der erwarteten Funktion. Manchmal sind es Verwechslungen mit einem Handwerker, der etwas „wegmachen“ soll. Oft ist es aber auch die Übertragung auf einen Zauberer oder eine magische Fee, die wie im Märchen, „wo sich das Wünschen noch lohnte“, das Symptom verschwinden lassen sollen.

Da auch Ärztinnen und Ärzte Menschen sind, geschieht ihnen das Gleiche mit ihrem Gegenüber (Gegenübertragung). So nehmen auch Patientinnen und Patienten Einfluss auf deren Gefühle, dies führt beispielsweise zu:

- Mitleid, aber auch Ärger;
- Fürsorge oder Ablehnung;
- Wertschätzung oder Verachtung.

### Balintgruppen – mehr als ein Stuhlkreis

Eine Reflexion über die Interaktionen mit Patientinnen und Patienten findet in der sogenannten Balintgruppenarbeit statt. Michael Balint (1896–1970) hat sich in den 1950er-Jahren mit der Beziehung von Ärzten und ihren Patienten auseinandergesetzt. Es ging ihm dabei vor allem darum, unbewusste Prozesse, die in der Interaktion zwischen beiden ablaufen, verstehen zu lernen. Auf die Idee, dass die Beziehung relevant sein könnte, kam er durch die Beobachtung, dass der Heilerfolg bei derselben Krankheit mit denselben Medikamenten bei unterschiedlichen Ärzten verschieden ausfiel. Daraus schloss er, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient zumindest einen bedeutenden Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Folgerichtig nahm er an, dass durch ein Reflektieren schwieriger Situationen mit anderen Ärzten eine Beziehungsgestaltung verbessert werden könnte.

Etabliert hat sich, dass in Arbeitsgruppen von acht bis zwölf Kolleginnen und Kollegen im

Zeitraum von 90 Minuten eine Begegnung, ein Erlebnis oder ein Problem dargestellt wird. Dabei schildert ein Kollege (der Vortragende oder „Referent“) aus seiner Sicht, was ihm in einer Begegnung mit einem (anonymisiert dargestellten) Patienten widerfahren ist oder was ihm noch nachhängt. Er beschreibt dies subjektiv aus seiner Erinnerung, (möglichst) ohne Aufzeichnungen oder Krankenkartei. So kann ein erlebnis- und gefühlsnaher Eindruck vom Referenten, vom Patienten und von ihrer Beziehung zueinander entstehen. Wenn dabei Sachfragen offenbleiben, kann der Kollege noch in einem begrenzten Rahmen befragt werden. Sodann zieht er sich aus dem Stuhlkreis ein Stück weit zurück und beobachtet die weitere Arbeit „von außen“.

Ab dann arbeitet die Gruppe unter Leitung eines Balintgruppenleiters für den Referenten. Dabei werden in der Regel zuerst die Eindrücke gesammelt, die die Schilderung des Vortragenden bei den Teilnehmern ausgelöst hat. Sie dürfen und sollen ihre Gedanken, Eindrücke, Vermutungen und Hypothesen zu der Arzt-Patienten-Begegnung schildern. Es darf dann „mutig fantasiert“ werden, auch wenn später ebenso „besonnen gehandelt“ werden soll. Hieraus entsteht in der Regel ein komplexes Bild der Arzt-Patienten-Beziehung, das sich der Vortragende schweigend, aus der Distanz und in Ruhe betrachten kann. Dies bietet die Möglichkeit, sich seiner Wirkung auf den Patienten (und umgekehrt) bewusster zu werden und seine eigenen Verhaltensmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu



modifizieren. Gleichzeitig eröffnet sich ein erweiterter Zugang zum Patienten, wenn dieser – stellvertretend – in seinem psychosozialen Kontext erlebt wird.

Die Aufgabe des Balintgruppenleiters besteht darin, diesen Prozess zu fördern und Raum für Verständnis und bewusster Interaktionen zu öffnen, ohne dass der Referent persönlich in Frage gestellt wird.

Am Ende rückt der Vortragende wieder in den Stuhlkreis und gibt der Gruppe Rückmeldung, was er für sich mitnimmt. Manchmal kann der Referent auch zwischendurch durch den Leiter gebeten werden, ein Zwischenresümee zu ziehen. Fakultativ teilen die Gruppenmitglieder mit, was sie persönlich gelernt haben und welche Schwierigkeiten sie mit ähnlichen Situationen haben.

Die Balintarbeit bietet so ein Stück Selbsterfahrung und die Möglichkeit, bewusster die Interaktion mit dem Patienten und dessen Erleben wahrzunehmen. Dadurch erschließt sich auch oft der Einfluss von psychischen und sozialen Faktoren, die sich in einer Krankheit und dem Umgang mit einer Erkrankung ausdrücken. Das muss nicht in psychotherapeutisches Handeln umgesetzt werden, soll aber sehr wohl dem besseren Verständnis dienen, auch damit man weiß, um was es beim nächsten Kontakt gehen könnte. Das

hat sich im ärztlichen Zusammenhang sehr bewährt.

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (mindestens 15 Doppelstunden) sind es die Balintgruppen, die wesentlich helfen, in der Arbeit mit den Patienten die emotionale Sicherheit zu schulen und eigene Anteile kennenzulernen.

Grundlage der Balintgruppenarbeit ist eine psychodynamische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine „patientenbezogene Selbsterfahrung“ wurde, teilweise ergänzend, teilweise komplementär, aus der Verhaltenstherapie mit der Interaktionsbezogenen Fallarbeit (IFA-Gruppe) heraus entwickelt (Kerkloh, 2018).

**Verhaltenstherapeutische Variante der Balintarbeit: Interaktionsbezogene Fallarbeit**

Definiert wird die Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) als „spezifische Form der Fallbearbeitung implizierter kognitiver wie emotionaler Muster in der Begegnung von Patient und Therapeut“ (Kerkloh, 2018). Diese Arbeit erfolgt im Rahmen eines festen Ablaufs mittels Gruppeninteraktionen „unter vorrangigem Einsatz aller in der modernen Verhaltenstherapie integrierten Techniken“ (Kerkloh, 2018). Sie soll den Therapeuten hel-

fen, die eigenen emotionalen Druckzustände zu verändern, Irritationen zu verstehen und wieder handlungsfähiger zu werden und somit die Beziehung zum Patienten bewusster und aktiver zu gestalten.

Wie in der Balintarbeit beginnt eine IFA-Gruppe mit einer Eröffnungsrunde, einer Kurzvorstellung potenzieller Fälle, einer Auswahlrunde, der Fallvorstellung sowie der Ermöglichung einer Gruppenresonanz und von Interaktionen innerhalb der Gruppe.

Im nächsten Schritt wird planmäßig ein Ebenenwechsel von der emotionalen Verarbeitung in den Praxisteil eingebaut. Dabei wird explizit zu praktischen Schritten übergeleitet, um zum Schluss noch einmal eine Reflexion des Prozesses zu ermöglichen, diesen zu beenden und auch eine Rückmeldung an den Leiter zu geben.

Der Leiter hilft dem Vortragenden, sein Bearbeitungsanliegen zu entwickeln, und stellt im Ablauf eine Synchronisation her zwischen dem Klärungs- und Problemlöseprozess der Gruppe und dem fortschreitenden Erkenntnisprozess des Vorstellenden des Falls. Das szenische Verstehen der Therapiesituation und die „Deutungshoheit“ hingegen obliegt bei diesem Vorgehen primär dem Vorstellenden des Falls und nicht der Gruppe oder dem Leiter.

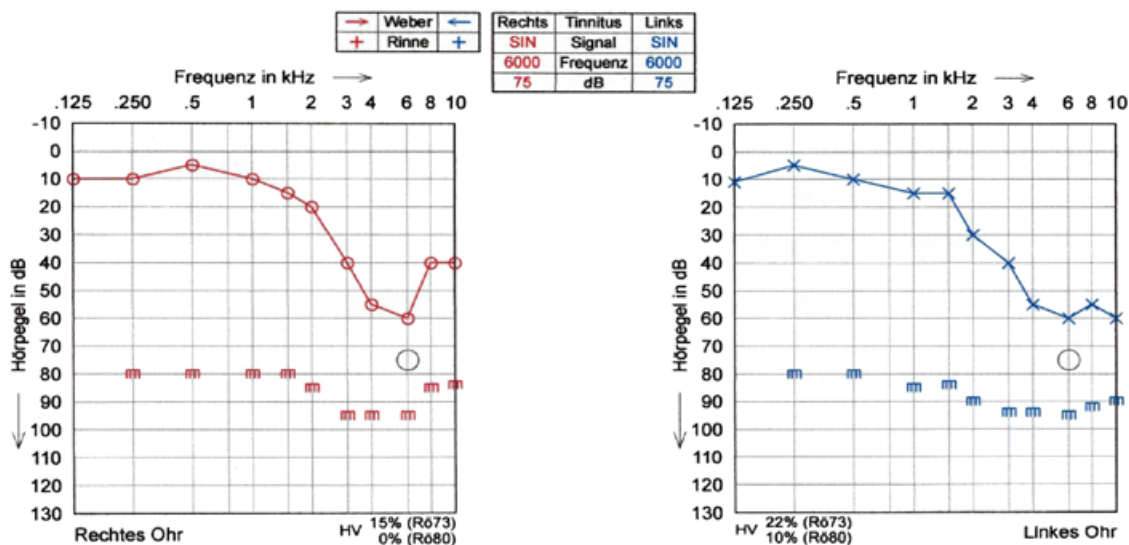


Abb. 2: Hörkurve mit einer beidseitigen Hochtonsenke und Berechnung der Tinnitus-Lautheit: Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit.

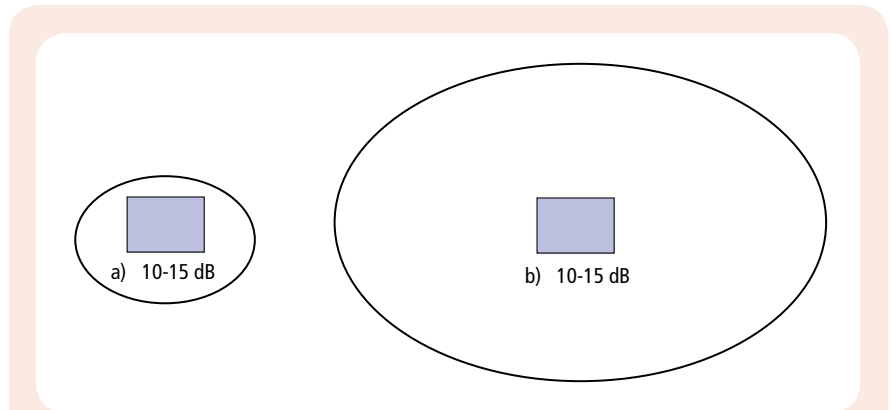
## Ein Tinnitus-Beispiel

In einer Balintgruppe mit überwiegend niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen habe ich einen 57-jährigen Lehrer vorgestellt, der wegen seines ihn quälenden Tinnitus kam. Dabei war ihm kein akuter Hörverlust erinnerlich. Objektivierbar war aber eine sicher schon länger bestehende beidseitige Hochtonsenke, die zwar noch nicht die Kriterien für von den gesetzlichen Kassen erstattete Hörgeräte erfüllte, aber sicher im Unterricht zu erschwerem Verstehen führen musste (Abb. 2).

Sachgerecht wird die Tinnitus-Lautheit bestimmt durch die Differenz zwischen Verdeckbarkeit und vorab ermittelter Schwerhörigkeit in der Tinnitus-Frequenz. Auch wenn es manchmal schwer zu glauben ist: Der Tinnitus wird nicht lauter als 15 dB, wenn man seine „Verdeckbarkeit“ mit Tönen von außen über der Hörschwelle bestimmt. Fälschlich wird oft die Verdeckbarkeit für die Tinnitus-Lautstärke gehalten, sodass die Patienten mit der ebenso falschen wie fatalen Vorstellung eines zum Beispiel 76 dB lauten Ohrgeräusches entlassen werden.

Der vorgestellte Lehrer war seit 28 Jahren an einem Gymnasium in einer Kleinstadt und zusätzlich als Studiendirektor für Referendare in der benachbarten Großstadt tätig. Im Vordergrund seiner Beschwerden standen Schlafstörungen, die er auf seinen Tinnitus zurückführte. Da der Schlaf unbefriedigend sei, sei er tagsüber erschöpft, was er daran merke, dass er insbesondere bei der Arbeit einen Leistungsabfall erlebe und immer mehr Kraft aufwenden müsse, um die Arbeit zu bewältigen. Der eher kleine, überwiegend grauhaarige, sportlich gekleidete Patient machte auf mich zunächst einen angenehmen Eindruck. Mir imponierte in den ersten Minuten, wie wortgewandt er die Ausprägungen und Auswirkungen seiner Beschwerden schilderte. Dann aber bekam ich zunehmend das Gefühl, dass er mir auch angenehm und unterhaltend vorkommen wollte. Mir fiel es zunehmend schwer, die Not, die er schilderte, nachfühlen zu können.

Das Counseling habe ich dann auf Basis der „Kleinen Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung“ (Schaaf, 2019) vorgenommen und dabei auch die zunächst erstaunlich anmutenden „Merksätze“ erklärt:



**Abb. 3:** a) Der Tinnitus, der auch bei Schwerhörigen in der Regel 10-15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, macht bei Schwerhörigkeit bis zu 90 Prozent der Hörwirklichkeit auf dem betroffenen Ohr aus. b) Schon ein einfaches Hörgerät kann durch die Erweiterung der akustischen Wahrnehmung dazu beitragen, den unverändert laut bestimmbaren Tinnitus in der Wahrnehmung zu reduzieren.

- Der Tinnitus kann nie von alleine oder mit der Zeit lauter werden. Der Tinnitus wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!
- Der Tinnitus kann nie der Grund für eine, gegebenenfalls weitere, Hörverschlechterung sein.
- Der Tinnitus kann von außen nie lauter als 10-15 dB (entspricht der Lautstärke von Blätterrauscheln oder eines Computergeräusches) über der Hörschwelle gemessen werden.

Da bei Tinnitus-Patienten mit einer Höreinschränkung ein Hörgerät oft Wunder

bewirken kann, schlug ich ihm – nach einer entsprechenden Erklärung – ein solches Vorgehen vor. Der Grund liegt in der Verbesserung und damit Erweiterung der akustischen Wahrnehmung. Da der Tinnitus nicht über 15 dB hinauskommt, verringert sich sein Anteil in der Hörwahrnehmung etwa auf zehn Prozent oder weniger (Abb. 3). Zudem mindert ein Hörgerät die Höranstrengung vor allem im Unterricht.

Die Begeisterung des Lehrers hielt sich erwartungsgemäß in Grenzen. Er versprach aber, darüber nachzudenken, und hätte doch lieber etwas gegen den Tinnitus und für den Schlaf. Mitgegeben habe ich ihm dann erst einmal ein Infoblatt zur Sinnhaftigkeit von

## Hörgeräteverordnung



Nach der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem unter anderem Ärzte und Krankenkassen angehören, können Hörgeräte verschrieben werden, wenn

- bei beidseitiger Schwerhörigkeit der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 4000 Hz beträgt und die Verstehensquote für einsilbige Worte auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80 Prozent ist;
- bei einer einseitigen Schwerhörigkeit der tonaudiometrische Hörverlust bei 2000 Hz oder mindestens bei zwei Frequenzen zwischen 500 und 4000 Hz 30 dB erreicht.

**Achtung:** Die Hörgeräteverordnung kann – auch bei einseitiger Schwerhörigkeit – früher erfolgen, wenn ein störender Tinnitus hinzukommt.

Hörgeräten (im Internet abrufbar unter dem folgenden Link: [bit.ly/4dwe7qd](https://bit.ly/4dwe7qd)) und eine Anleitung zu Schlafritualen aus D'Amelio, Schaaf, Kranz (2022) (abrufbar unter dem Link [bit.ly/3Xdv6b9](https://bit.ly/3Xdv6b9)).

Die Stimmung kippte und schlug ins Traurige um, als unser Gespräch „eigentlich“ zu Ende ging. Jetzt zeigte sich der Lehrer in der Stimmung und im Affekt niedergeschlagen, obwohl er weiter witzig wirken wollte. Erlebt habe ich ihn als „enttäuscht“ und mich als nicht wirklich wirksam.

### Balintgruppenarbeit zu dem Tinnitus-Patienten

Mit diesem Gefühl ging ich in die abendliche Balintgruppe und trug mein Erleben ebenso vor wie das Gefühl, das er bei mir hinterlassen hatte. Nachfragen gab es zum Hörbefund und meinem Therapieansatz, wobei ich wieder das Gefühl bekam, nicht genug getan zu haben. Dann rückte ich – entsprechend der Vorgehensweise in einer Balintgruppe – etwas aus dem Stuhlkreis heraus, und die Gruppe übernahm unter der Ägide des Balintgruppenleiters die weitere Arbeit für mich.

Zunächst wurden (die fast üblichen) Stereotype zu Begegnungen mit Lehrerinnen und Lehrern durchgegangen. Die Stimmung war zunächst gelöst, teilweise heiter und es fehlte nicht an Mutmaßungen hinsichtlich des Wunsches nach Stundenreduktion oder Berentung.

Auffällig war, dass eine Kollegin deutlich in der Stimmung absank. Darauf vom Balintgruppenleiter angesprochen, berichtete sie über eine große Traurigkeit, die sie befiel, in dem Gefühl, den vorgestellten Patienten nicht erfassen oder spüren zu können. Daraufhin versuchten einige, eher bagatellisierend und abwertend wieder „Normalität“ herzustellen, was aber nicht gelingen wollte, sodass diese Aufgaben. Nur einer bemühte sich anhaltend, zunächst tröstend, dann auch aufheiternd, die Kollegin wieder in die Runde zu bringen.

Für mich entwickelte sich ein Bild eines sich sehr alleine, aber vergeblich um die traurige Kollegin Bemühenden in einer Schar von eher abweisenden Interaktionen. Dabei kam mir

der Wunsch des Patienten nach Unterstützung, aber auch nach Ruhe und Schlaf nur zu verständlich vor. Dies brachte ich – für einen Zwischeneindruck wieder in die Gruppe hineingegeben – als Rückmeldung ein und durfte dann wieder zurückrücken.

In der daran anknüpfenden Runde wurde dann entlang des Balint-Mottos „Mutig fantasieren, aber überlegt handeln“ gemutmaßt, wie der Patient bisher sein Leben gestaltet hat und was nun zu der Symptomklage führen könnte. Es entwickelten sich szenische Bilder einer eher kargen, bedürftigen Umgebung, gegen deren Sog viel Kraft und Anstrengungen nötig waren. Dabei kam das Gefühl auf, dass es aber nie reichen würde, um beständig auf sicheren Boden zu kommen.

Sensibilisiert für die biografischen Zusammenhänge, konnte ich dem Patienten mit einem anderen Gefühl bei der nächsten Begegnung entgegentreten. Auf seine Biografie angesprochen, ließ sich erfahren, dass der Patient in der Nachkriegszeit unter doppelt unsicheren Bedingungen aufwuchs. Zum einen bot der freischaffende Beruf des Vaters wenig materielle Sicherheit und seine häufigen Abwesenheiten wenig emotionale Erreichbarkeit. Zum anderen erlaubte die depressive Erkrankung der Mutter wenig Zuwendung. So lag es an dem Patienten, die Mutter zu trösten oder aufzuheitern. Aus diesem Umfeld und seinen Aufgaben lösen konnte sich der Patient durch das berufliche Engagement, das in diesem Sinne auch als Ablösungsversuch verstanden werden kann und gebraucht wird, um die eigene Selbstsicherheit zu erhalten.

Jetzt fürchtete er den Verlust seiner Funktionsfähigkeit im beruflichen Bereich. Damit verbunden war auch die Sorge um einen Rückfall in die alten Strukturen, zumal auch seine Frau „oft traurig“ sei und „mitgenommen“ werden müsse. In dieser für ihn bewusst nicht lösbaren Zuspitzung darf man die sich steigernde und angstbesetzte Tinnitus-Wahrnehmung als Ausdruck einer „somatisch empfundenen“ Not sehen. In diesem Kontext war es nicht sinnvoll, eine Vermeidung oder gar Verrentung zu unterstützen, sondern parallel zur Linderung der Tinnitus-Wahrnehmung und der Schlafpro-

blematik zu einer ambulanten Psychotherapie zu ermutigen, die dieser introspektionsfähige Patient auch begonnen hat.

### Fazit

Eine Reflexion über Interaktionen mit Patientinnen und Patienten kann nicht nur entlasten, sondern auch hilfreich sein für erweiterte Therapieansätze. Dies wird in der Balintgruppenarbeit ermöglicht. Zumindest verbessert die Balintgruppenarbeit in der Regel die Interaktionen der Ärztinnen und Ärzte mit den Betroffenen. Wenn man selbst einmal einen Kollegen oder eine Kollegin braucht, kann es von Vorteil sein, wenn dieser oder diese Balintgruppen von der aktiven Teilnahme kennt (Schaaf, H. (2017): Kasuistik einer hilfreichen Arzt-(Arzt)-Patienten Intervention. Balint 2017; 2: 21-22, im Internet abrufbar unter dem folgenden Link: <https://bit.ly/3YPN1WM>).

Der Autor:



Foto: privat.

Dr. med. Helmut Schaaf  
Balintgruppenleiter (DBG)  
Leitender Oberarzt, Psychotherapie  
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 4/2024“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.