

Psychodynamische Gruppentherapie bei Tinnitus-Betroffenen

von Dr. med. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik und des Gleichgewichtsinstituts Dr. Hesse, Bad Arolsen

Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie gelten als der Königsweg in der Tinnitus-Therapie. Darüber hinaus haben psychodynamische Ansätze durchaus ihre Stärken, auch bei Patientinnen und Patienten mit einem sehr belastenden Tinnitus. Psychodynamische Verfahren haben methodisch die Besonderheit, dass sie – nach meist langer Selbsterfahrung der Therapeuten – den Interaktionen zwischen den Patienten und dem Therapeuten eine zentrale Bedeutung zumessen. Dr. med. Helmut Schaaf schildert im folgenden Artikel Ausschnitte und Situationen aus der derart gestalteten Gruppentherapie.

Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie gelten als der Königsweg in der Tinnitus-Therapie. Deswegen arbeiten viele Kliniken bei Tinnitus-Betroffenen entlang eines verhaltenstherapeutischen Manuals. Dafür gibt es viele gute Gründe, die an anderer Stelle ausgeführt, aber auch hinterfragt werden können (Schaaf in: Hesse, 2015). So müssen sowohl der Therapeut als auch der Patient von dem Vorgehen überzeugt sein und der Patient muss eine Veränderung wünschen (Svitak et al., 2001). Ein passiv „hinnehmebereiter“ Patient (Horn, 2018) allein wird kaum von der Therapie profitieren.

Unstrittig ist, dass eine ausreichende Aufklärung (Counseling) im Sinne einer Erklärung der Hörwahrnehmung die Grundlage jeder Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Tinnitus ist. Dies kann Patienten mit einem Tinnitus-Leiden befähigen, auch Lösungsmöglichkeiten für Problemstellungen zu erarbeiten, die über die Neurootologie hinausgehen.

Auf dieser Grundlage arbeitet das Team in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse seit über zehn Jahren mit einem überwiegend psychodynamischen Ansatz in einer dreimal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie von jeweils der Dauer einer Doppelstunde. Dabei geht es manchmal auch um Tinnitus. Vor allem aber stehen die grundlegenden Themen im Beziehungsgefüge der seelischen Gesundheit im Fokus, deren Vernachlässigungen oder Störungen zum Leiden am und mit dem Tinnitus führen können.



Eine Gruppentherapie-Doppelstunde

Es steht mal wieder ein Abschied an. Nach der Eingangsrunde, die der Autor ritualisiert mit einer Klangkugel und Fragen an jeden und jede einleitet, sollen alle Beteiligten einzeln diese Fragen beantworten:

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

Dabei bittet ein Patient um die Hilfe der Gruppe für seine Rückfallprophylaxe. Er hatte einen massiven Verbrennungsunfall mit Beteiligung des Mittelohres vor vielen Jahren erlitten. Lange war er mit den Folgen der Verbrennungen konfrontiert, ehe er seine Höreinschränkungen und den Tinnitus bemerken konnte. Zu lange hatte er sich danach zum Leidwesen seiner Umgebung nach innen und in einen Substanzmissbrauch

geflüchtet. Erst seit Kurzem wurde es für ihn möglich, sich wieder in die Alltagstauglichkeit helfen zu lassen.

Da alle in der Gruppe einverstanden sind und 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 (D'Amelio, Schaaf, Kranz, 2022; siehe auch Rezension auf Seite 19).

Der Brief an mich selbst

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

benden, 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).

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 wollenden Rosenkrieg keinen Boden mehr unter den Füßen behalten.
- weil ich nach meiner Lymphdrüsenerkrankung/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.

- weil ich mich in meiner Arbeit und in meiner Beziehung so verloren habe, dass ich in einen Burn-out oder – wie ich jetzt weiß – eine Depression gerutscht bin, die mich in direkten Kontakt zum Sennenmann gebracht hat (wobei 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, weiter unsicher und auch nach eineinhalb 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 verzweifle.
- weil ich als Selbstständiger am Ende selbst und ständig alles gegen die Wand gefahren habe.

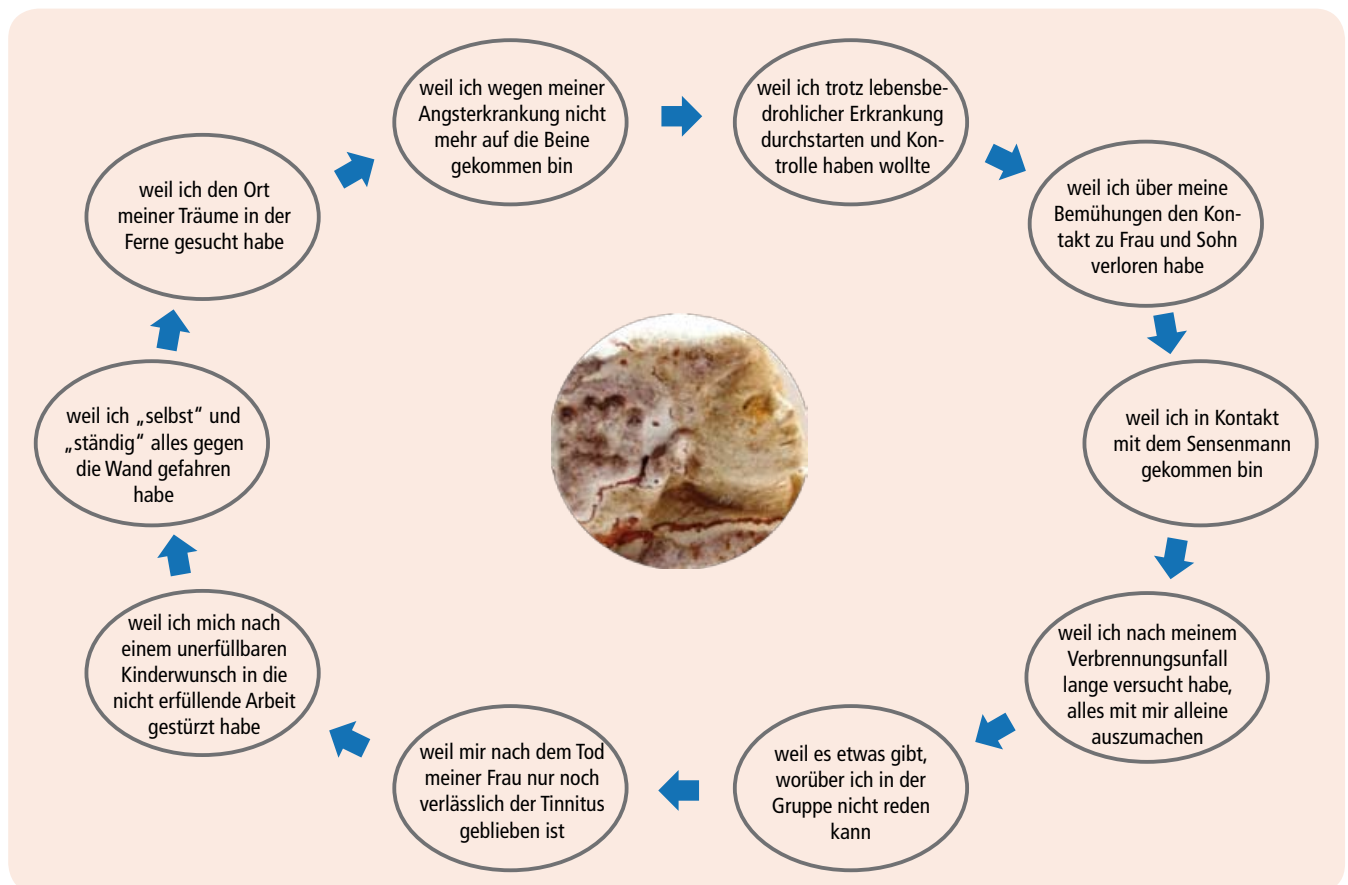


Abb. 1: Szene aus einer Gruppentherapie: Ich bin **wirklich** in die Klinik gekommen, ...

- weil ich mich nach meinem nicht erfüllbaren Kinderwunsch in die Arbeit gestürzt 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 Geschichte erzählt.

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 schützen und ihm die Gelegenheit 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 die Patientin oder den Patienten selbst in der Gruppe, im Einzelgespräch oder als „Hausaufgabe“ erstellen lassen, bitten wir die Patienten, den Brief in einen verschlossenen Umschlag an sich selbst

zu adressieren. Wir übernehmen es, diesen nach ca. drei Wochen an den Patienten zu schicken. Dies geschieht unabhängig von dem formalen Entlassungsbrief, der in der Regel, aber auf einer anderen Ebene, vor der Entlassung mit den Patienten besprochen wird.

Diesem Patienten war es wichtig, die aus der Traumatherapie gelernten Ansätze weiterzuführen 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 Jacobson durchgeführt.

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

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 Verwechslungen (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 der Regel die Grundannahme, dass sich alles, was sich „draußen“ in Beziehungsstrukturen zeigt, auch im Klinikalltag wiederholt. Anders als zu Hause, in der

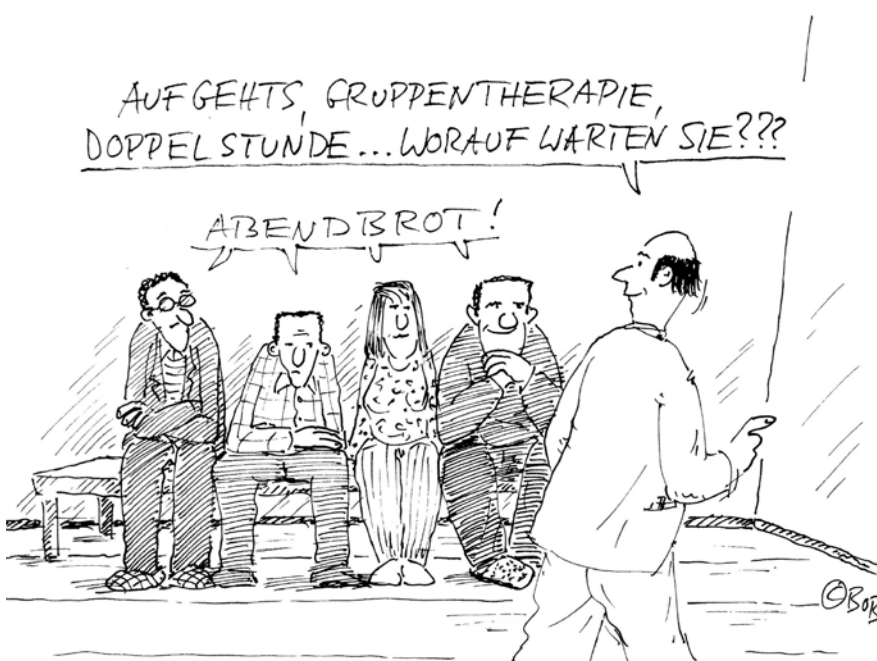
Familie, mit Geschwistern, im Umgang mit Kollegen und mit Freunden ist es aber möglich, dies in der psychotherapeutischen Arbeit zu spiegeln und vor allem zu bearbeiten. Dies macht insbesondere dann Sinn, wenn es sich um Problem-Konstellationen handelt, die entweder zum Leiden am Tinnitus geführt haben oder das Leiden aufrechterhalten. In diesem Sinne dürfen die Mitpatientinnen und -patienten und die Therapeutinnen und 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. An 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. In der Fachsprache würde man es als „Korrelat der Signalangst“ bezeichnen (Schaaf in: Hesse, 2015; Schaaf in: D’Amelio, Schaaf, Kranz, 2022). Den Therapeuten fällt dabei die Aufgabe zu, die Interaktionen in der Gruppe und auch die eigene Rolle zu reflektieren, um dies 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 vertrauenswürdig Menschen gegenüber sitzt,
- denen man sich mitteilen kann,
- die bereit sind, das Problem mit anzuschauen,
- und die als Weggefährten oder solidarische Leidensgenossen dabei sind, Erfahrungen und Erlebnisse, die unter die Haut gehen (und Betroffenheit auslösen können), mitzuerleben.

Psychodynamische Verfahren haben methodisch die Besonderheit, dass sie – nach meist langer Selbsterfahrung der Therapeuten – den Interaktionen zwischen den Patienten und dem Therapeuten eine zentrale Bedeutung zumessen. Dies gilt bewusst auch für non-verbale Beziehungsangebote und -konstella-



tionen. Die Arbeit vonseiten 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. Der Tinnitus kann in der therapeutischen Beziehung lange zwischen Therapeut und Patient stehen. Das heißt, dass der Therapeut 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 (Maßnahme) verbunden werden kann (D’Amelio, Schaaf, Kranz, 2022).

In unserem Fallbeispiel vorangegangen war eine intensive und über das Wochenende vorbereitete Gruppentherapie zu drei biografisch und psychodynamisch gemeinten Fragen:

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

Dazu wurden die Patientinnen und 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 gegebenenfalls durch Umgruppieren der Symbole einen anderen Kontakt zur psychischen Situation derjenigen



Abb. 2: Woher komme ich? Was brauche ich dazu? Wo will ich hin? Bilder veröffentlicht mit Genehmigung von D. K.

oder desjenigen, die/der das Symbol vorstellt. Dieser kann oft über den Anschein und den Moment hinauswirken.

So erweist sich ein geknotetes Halstuch als Verbindung zwischen Herkommen 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 eine bildlich dargestellte Sequenz, die auch in der Gruppe extreme Reaktionen ausgelöst hat (Abb. 2). In der tiefen Verzweiflung, Berührung und Entwicklung musste der Prozess mitgetragen werden, auch wenn schon für den Verlauf eine positive Perspektive sichtbar war.

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“ verhelfen und in eine sonnigere



MEDICLIN
BOSENBERG KLINIKEN

ER HAT'S FAUSTDICK HINTER DEN OHREN. SIE HAUCHDÜNN.

Wir machen das Leben hörbar besser.

Die MEDICLIN Bosenberg Kliniken sind spezialisiert auf die Reha von Hörschädigungen, Tinnitus und Cochlea-Implantate. Es ist unser Ziel, unseren Patienten ein neues Hören zu ermöglichen – und damit eine bessere Lebensqualität. Hört sich das nicht gut an?

MEDICLIN BOSENBERG KLINIKEN · 66606 ST. WENDEL
Chefarzt Dr. Harald Seidler (selbst CI- und HG-Träger)
Telefon 06851/14-261 · Telefax 06851/14-300
info.bosenberg@mediclin.de · www.bosenberg-kliniken.de

© best-photo – istockphoto.com

Umgebung führen könnte. 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.

Die in der Gruppe vorgestellten Symbole beziehungsweise Bilder haben unter anderem auch dazu geführt, dass ein großes Verständnis und Vertrauen für die weitere Gruppenarbeit entstanden ist. Dahinter dürften bis dahin erlebte Konflikte und durchaus normale neurotische Einengungen sowie so manche Verhaltensmuster zurückstehen. So konnte man 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 kamen „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, DTL-Broschüre). 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 Raum als nötig in der Wahrnehmung einnehmen kann. Dabei hängen die Hörfilter-Funktionen nach unseren Vorstel-

lungen davon ab, wie das Verhältnis von Anforderungen – sowohl von außen als auch 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 (Vermittlung der psychologischen Grundlagen bezüglich des Tinnitus), das Erlernen eines Entspannungsverfahrens und in der Klinik des Autors auch die Hörtherapie ebenfalls Teil des Klinikalltags sein dürfen. Ziel dabei ist, dass am Ende jeder zumindest seine eigene Tinnitus-Entwicklung verstehen und möglichst auch seinen eigenen Hörbefund erklären kann. Trotzdem kommt es auch immer wieder vor, dass es nötig wird, das Tinnitus-Modell auch in seinem organischen Anteil in Gruppensitzungen zu integrieren, und dass der Therapeut gegebenenfalls zu Sachfragen Stellung nehmen kann.

Letztlich hängt der Verlauf einer Therapie bei Tinnitus-Patienten natürlich auch von den Möglichkeiten und Ressourcen der jeweiligen Anbieter oder Kliniken ab. Dabei sind die im Kasten aufgelisteten Manuale sicher gute Wegweiser für die Therapeutinnen und Therapeuten. 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 zwischen Counseling, dem Abarbeiten von Manualen und Psychotherapie.

Der Autor:



*Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik
Dr. Hesse und der Gleichgewichtsambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
www.drhschaaf.de*

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 1/2022“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.

Manuale zum Thema Tinnitus (Literatur für Fachleute)



D'Amelio, R., Schaaf, H., Kranz, D.: Module für die Tinnitus-Behandlung. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2022

Weise, C., Kleinstäuber, M., Kaldo, V., Andersson, G.: Mit Tinnitus leben lernen. Ein Manual für Therapeuten und Betroffene. Springer, Heidelberg, 2016

Hesse, G., Schaaf, H.: Manual der Hörtherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2012

Kröner-Herwig, B., Jäger, B., Goebel, G.: Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz, Weinheim, Basel, 2010

DTL: Bessere Chancen für ein besseres Leben!