

– Für unsere fachlichen Leser –

Eine integrierte Darstellung psychodynamischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze

Tinnitus und das Leiden unter den Ohrgeräuschen

von Dr. Helmut Schaaf, Tinnitus-Klinik Dr. Hesse

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle sind gut geeignet, eine starke Tinnitus-Belastung durch eine mangelnde Habituation, dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen zu erklären. Die daraus abgeleiteten Ansätze sind hilfreich und in Teilaspekten evaluiert. Ebenso sinnvoll, wenn auch nicht evaluiert, ist ein psychodynamisches Verständnis, dass ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus entstehen kann, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen, ein Konflikt auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht wurden. Dies hilft insbesondere bei der Beziehungsgestaltung zu Patienten mit Tinnitus-Belastung. Gleichzeitig sind auch bei einem primär psychodynamischen Ansatz kognitive Elemente sinnvoll und notwendig. Aus seiner fast 25-jährigen Erfahrung in der ambulanten und stationären Behandlung von Tinnitus-Patienten wirbt Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen, für eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die auf audiologischer Grundlage sowohl mögliche Ursachen im Sinne der Psychodynamik berücksichtigt als auch aufrechterhaltende Faktoren aus der kognitiven Verhaltenstherapie.

Einleitung

Tinnitus als Phänomen bezeichnet Hörwahrnehmungen (Ohrgeräusche), die nicht durch äußere Schallquellen bedingt sind und auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen (Hesse, 2015). Davon abzugrenzen sind akustische Halluzinationen (Dölberg et al., 2008). Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit in der Regel zwischen einem und 15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Ausnahmen finden sich bei den sehr seltenen objektiven Tinnitus-Formen (Hesse, 2015).

Eine Wahrnehmung des Tinnitus führt aber nicht automatisch zu einem Tinnitus-Leiden. Nach einer Studie der Deutschen

Tinnitus-Liga e. V. kommt es jährlich bei ca. zehn Millionen Deutschen zur Tinnitus-Neuerkrankung, die bei etwa 340.000 Betroffenen chronifiziert. Etwa drei Millionen Erwachsene in Deutschland, also ca. vier Prozent der Bevölkerung, sind vom chronischen Tinnitus betroffen (Punktprävalenz), zehn bis 20 Prozent davon leiden erheblich darunter (chronisch komplexes Tinnitus-Leiden) (Pilgramm et al., 1999). Wenn die Betroffenen wesentlich in ihrer Lebens- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt sind, spricht man vom dekompenzierten komplexen Tinnitus-Leiden (Hesse, 2008; Goebel, 2004).

Ätiologie des Leidens am Tinnitus

Kognitive Modelle können die subjektive Tinnitus-Belastung erklären durch:

- eine mangelnde Habituation (Hallam et al., 1984; Jastreboff & Hazell, 1993),
- dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen (Goebel, 2001; Svitak, 2001; Delb, 2002; D'Amelio, 2004; Kröner-Herwig et al., 2010) sowie
- eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen (Hallam, 2004; Svitak, 2001).

Dabei können verschiedene Bedingungen eine Habituation verhindern, wie beispielsweise eine Minderung der Hörwahrnehmung (Schwerhörigkeit), wodurch das innere Geräusch weniger durch Außengeräusche überdeckt wird (Hesse, 2015), ein wechselndes Auftreten oder Schwankungen des Tinnitus wie bei den Endolymphschwankungen mit oder ohne Morbus Menière bezüglich Laut-

stärke und Frequenz oder andauernde emotionale Prozesse, die das wahrgenommene Geräusch als bedrohlich, gefährlich oder störend werten.

Wichtige Faktoren auf dem Niveau der kognitiv-emotionalen Verarbeitung (Kröner-Herwig et al., 2010; Svitak 2001) sind:

- Die schwer aufzulösende negative Bewertung des Tinnitus, auch wenn er noch so leise bestimmbar ist,
- das Beharren darauf, dass das Ohrgeräusch auslöschar sein müsse,
- die (meist aus Angst gespeiste) Schwierigkeit, neue und korrigierende Lernerfahrungen zu wagen,
- katastrophisierende Bewertungen und
- die Bewertung des Tinnitus als Zeichen einer Krankheit.

So wird der Tinnitus – bis zu einer Ab- und Aufklärung – als unbekannter, bedrohlicher, gefährlicher oder störender Höreindruck gewertet, der mit angstbesetzten Reaktionen verbunden ist. Nach unserer Erfahrung ist das Beharren darauf, dass der Tinnitus extingierbar sein müsse, der stärkste Faktor für die Penetranz des Leidens, der mögliche Lösungswege verbaut. Er ist verbunden mit hohem, erfolglosem Aufwand, das Unmögliche (die Extinktion) anzustreben.

Nach tiefenpsychologischem Verständnis kann ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden unter dem Tinnitus entstehen, wenn

- sich die Abwehrmechanismen erschöpfen und die Betroffenen den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können,
- ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist und/oder
- traumatische Erfahrungen gemacht wurden (Kasuistik, Schaaf und Seling, 2002).

Das Leiden am Tinnitus im Rahmen einer Resomatisierung

Mitscherlich (1966) beschreibt eine „zweiphasige Verdrängung“ bei 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 treten körperliche Beschwerden auf, wobei gleichzeitig die psychischen Symptome – in der Wahrnehmung – zurückgingen.

Nach Ermann (2004) sind in einem komplexen Ablauf einer „Resomatisierung“ im Sinne Schurs körperlich-funktionelle und kognitive Vorgänge betroffen. Dadurch entstehen vegetative und Organfunktionsstörungen als körperliche Korrelate von Affekten. Dabei werde die Selbstwahrnehmung auf diese Affektkorrelate fokussiert und von der psychisch konflikthafter Dimension des Erlebens abgelenkt, was als Körperorientierung der Wahrnehmung beschrieben werden kann. Die Fokussierung auf den Tinnitus dient dann zur Abwehr eines quälenden Affektes, der etwa starke Angst, Wut, Scham oder Schuldgefühle ausdrückt.

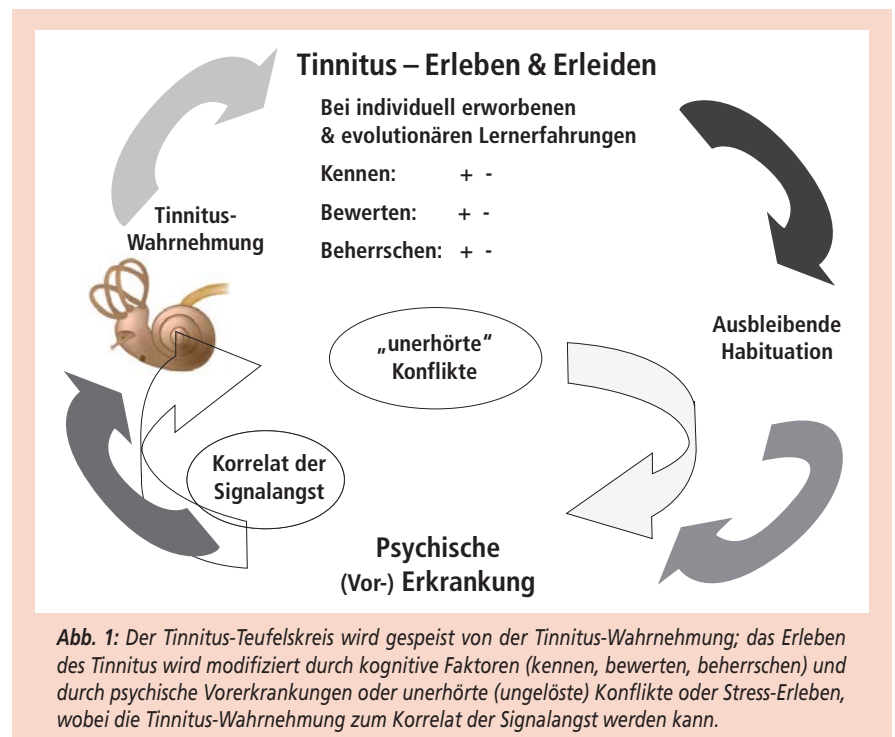
Der Tinnitus als Korrelat der Signalangst

Hören hat sich evolutionär für die Früherkennung drohender Gefahren entwickelt. Wenn psychogene Prozesse nur somatisierend wahrgenommen werden können, macht es auch psychodynamisch Sinn, dieses Frühwarnsystem zu nutzen. Positiv gesehen kann so die Wahrnehmung des Tinnitus ein nach Auflösung verlangendes Zeichen einer drohenden Gefahr für das seelische Gleichgewicht sein. Im analytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar. Der Tinnitus wird zum somatischen Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses.

Mit Erickson können belastende Symptome und Beschwerden als unbewusste „unangemessene“ Lösungsversuche verstanden werden. Die hohe Sensibilität und Aufmerksamkeit, die der Tinnitus-Betroffene für sich und seine innere Beobachtung zeigt, wird dabei nicht als Defizit verstanden, sondern als wertzuschätzende Komponente, die sich in der Arbeit mit Hypnose nutzen lässt (Utilisation) (Kranz, 2017).

Der Vorteil dieser – auf unbewusster Ebene bestmöglichen – Konfliktlösung ist, dass damit die Angst und der dahinter stehende Konflikt eine Adresse bekommen und nach außen getragen werden können. Es handelt sich hier allerdings – wie bei Neurosen generell – um einen „suboptimalen“ Stabilisationsversuch, weil die gewonnene Entlastung mit teilweise doch erheblichen Einschränkungen einhergehen kann. Darüber hinaus verhindert es realistischere Lösungsansätze. Dies kann sich ungünstig verfestigen, wenn sich der Patient, „legitimiert“ durch die „organische“ Erkrankung, regressiven Bedürfnissen und Versorgungswünschen (Rentenbegehren, MDE-Steigerung (MDE: Minderung der Erwerbsfähigkeit)) hingeben kann (sekundärer Krankheitsgewinn).

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 (Abb. 1).

Diagnostikelemente beim Leiden am Tinnitus

Grundlage der Diagnostik ist eine HNO-ärztliche Abklärung und gegebenenfalls die Versorgung einer Höreinschränkung, die oft organisch den Tinnitus – nicht das Leiden am Tinnitus – bedingt. Dabei ist die Wahrnehmung des Tinnitus organisch die kanalspezifische und sinnvolle Wahrnehmung einer Hörveränderung. Sofern dies der alleinige oder überwiegende Grund der Problematik ist, wirken hörverbessernde Maßnahmen mit Hörgeräten in der Regel besser als Psychotherapie, wenn der HNO-Kollege vermitteln kann, warum ein Ausgleich der Schwerhörigkeit – scheinbar paradoxerweise – dem Tinnitus die organische Grundlage entziehen kann.

Grundlage einer Psychotherapie ist eine biografische oder lerngeschichtliche Anamnese, die dem Symptom Tribut zollend auch einmal indirekt über das Erleben der Symptomatik erhoben werden muss (Schaaf et al., 2019). Zusätzlich ist zur Erfassung der subjektiven Tinnitus-Belastung der Tinnitus-Fragebogen (TF) von Goebel und Hiller (1998) hilfreich. Er ermöglicht auch in seiner inzwischen zur Verfügung stehenden Kurzform (Hiller und Goebel, 2004) ein Screening für die Angst- und Depressionskomponente.

Zeigt sich dann (möglicherweise zusätzlich zu einer Höreinschränkung) eine Überforderung der hemmend wirkenden Hörfilterfunktionen im Sinne eines so verstandenen „Stresses“, kann es für die psychotherapeutische Arbeit hilfreich sein, gemeinsam mit dem Patienten in Erwägung zu ziehen, dass die leidvolle Wahrnehmung des Tinnitus auch ein für den Patienten hörbares Zeichen einer seelischen Not oder Krise sein kann.

Counselling

Leitliniengerecht sollte ein „Counselling“ die Grundlage der Tinnitus-Therapie (Leitlinie Tinnitus, 2015) sein. In Modell-Versuchen zeigten sich als wirksam:

- Die Beratung über Möglichkeiten der Habituation der Ohrgeräusche,
- das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, meist der Progressiven Muskel-

relaxation, sowie

- eine – meist kognitiv ausgerichtete – Psychoedukation.

Realistisch muss allerdings konstatiert werden, dass dieses Counselling Zeit und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist in der Regel bei den Kapazitäten der normalen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Sprechstunde kaum möglich. So existiert die darauf aufbauende Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) bis auf wenige Ausnahmen mit den dazu nötigen speziellen Konstruktionen in der Kassenmedizin de facto nicht.

Das spricht für eine Tinnitus-Behandlung im Rahmen einer dann auch kassenärztlich bezahlten psychosomatischen Grundversorgung beziehungsweise die Versorgung durch einen Facharzt für HNO-Heilkunde mit der Zusatzausbildung Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie).

Elemente einer störungsorientierten Psychotherapie

Finden sich beim Leiden am Tinnitus für den Patienten bewusst nicht steuerbare dysfunktionale Verarbeitungsmodi, Anpassungsstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen oder Somatisierungsstörungen, kann eine kassenärztlich anerkannte Psychotherapie indiziert sein. Dabei kann man auch ohne starre Reihenfolge auf den Ebenen des Verstehens und vielleicht sogar der Akzeptanz und Sinnfindung, der Bewertung, des „Stressempfindens“ (verstanden als Missverhältnis der Anforderung an den Tinnitus-Patienten in Relation zu seinen objektiven, aber vor allem subjektiven Möglichkeiten) und der Beziehungsgestaltung ansetzen. Ziele sind eine Unterstützung des Habitationspro-

zesses, der Erwerb von Bewältigungsfähigkeiten und eine Verringerung der psychischen Problematik.

Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung

Kaum ein Therapeut wird beim Leiden am Tinnitus hilfreich sein können, wenn er nicht die dabei relevanten neurootologischen kognitiven Prozesse berücksichtigt. Hierbei unterstützen können die Manuale von Delb et al. (2002), Kröner-Herwig et al. (2010) und Weise et al. (2017) oder schulenübergreifend von Schaaf et al. (2019). Ebenso wird die Beziehungsdynamik oft durch die Wahrnehmung der somatischen Komponente geprägt. Dabei können selbst spracharme oder sprachlose Phasen entstehen, die allein kognitiv nur schwer zugänglich sind.

Schon im Erstgespräch müssen meist Besonderheiten gegenüber der Psychotherapie-Definition von Strotzka (1975) beachtet werden (siehe Info-Kasten). So muss oft erst eine Arbeitsgrundlage für die Psychotherapie und ein Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Therapeuten geschaffen werden. Das stellt im ambulanten Bereich oft eine der vielen Hürden für die Annahme von Tinnitus-Patienten dar. Zudem muss mit dem Patienten Klarheit darüber bestehen, dass die psychotherapeutische Arbeit keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung haben kann.

Den im Weiteren möglichen und aus unserer Erfahrung häufigen Verlauf einer Beziehungsdynamik zwischen Therapeuten und Patienten hat Rudolf (2000) für Somatisierungsstörungen so anschaulich beschrieben, dass dies im Folgenden – modifiziert in Bezug auf das Leiden am Tinnitus – wiedergegeben werden soll.

Psychotherapie kann definiert werden als

- ein bewusster und geplanter „interaktioneller“ Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (zwischen dem Patienten und Therapeuten) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln
- einem definierbaren Ziel (zum Beispiel Symptomminderung)
- mittels lehrbarer Techniken.

(Strotzka, 1975)

Stolperstein 1: Der aussichtslose Kampf gegen den Tinnitus

Der Patient ist fixiert auf den wegen der Wahrnehmungsgesetze nicht gewinnbaren Kampf gegen den Tinnitus (erstes Gesetz der Wahrnehmung: Ich kann nicht „nicht-wahrnehmen“). Entsprechend muss es in dieser Phase um Aufklärung, kognitive Prozesse und den Versuch gehen, ein wie immer geartetes „Bedingungsmodell“ zu erarbeiten, in dem vor allem für den Patienten verständliche und veränderbare Faktoren eine Rolle spielen dürfen.

Mit Deutungen sollten auch psychodynamisch arbeitende Therapeuten zurückhaltend sein. Wenn sie sinnvoll erscheinen, sollten sie möglichst mit einer Antwort auf der kognitiven Ebene verbunden werden (Ermann, 2004). Dabei sind supportive und übende Elemente, wie sie in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt wurden (Kröner-Herwig et al., 2010; Delb und D'Amelio, 2002; Weise, 2017), ein notwendiger Bestandteil des therapeutischen Vorgehens im Sinne eines multimodalen störungsorientierten Ansatzes.

In der Kommunikation kann dabei der Tinnitus lange zwischen dem Therapeuten und dem Patienten stehen. So spricht der Patient von seinem Tinnitus-Empfinden zum Therapeuten und der Therapeut muss dem Patienten über den Tinnitus antworten. Wird dies nicht beachtet, erlebt der Therapeut, was Widerstand im Freud'schen Sinne bedeuten kann. Versteht man aber die körperlichen Signale im biografischen Erlebniskontext als Sprachersatz, als Ausdruck der erlebten Not, kann man auch damit in Beziehung treten. Die dabei wahrgenommenen, beim Therapeuten durch den Patienten ausgelösten Gefühle und nonverbalen Botschaften (Gegenübertragung) können diagnostisch und therapeutisch genutzt werden. Vor allem in der initialen Phase der Therapie kommt dabei der Strukturierung der Begegnungssituation und der Angstminderung eine große Bedeutung zu. Dazu gehören:

- Die Annahme der Hilferwartung und das Auffangen des damit verbundenen Erwartungsdrucks sowie
- die Vermeidung konfrontativer Deutungen, stattdessen sympathisches Verstehen und Tragen.
- Vorsicht beim Ansprechen affektiver

Spannung in der Beziehung: falls sinnvoll oder erforderlich, möglichst mit der Verknüpfung einer entängstigenden und damit entlastenden kognitiven Zuordnung.

Im Rahmen einer Verhaltens- und Problemanalyse ist es hilfreich, eher indirekt mit dem Patienten Verhaltensalternativen zu besprechen und zum Beispiel soziale Kompetenzen aufzubauen (Svitak et al., 2001). Damit soll eine Konfrontation umgangen werden in der Vorstellung, so die Funktionalität des Tinnitus zu schwächen oder gar überflüssig zu machen. Weise (2011) schlägt hier unter Verweis auf Westin et al. (2008) Elemente aus der „acceptance and commitment therapy“ vor, die zunehmend in die Behandlung von Tinnitus-Patienten integriert würden.

Ein Beispiel für eine tinnitusbezogene Verhaltensanalyse bietet ein Arbeitsblatt aus D'Amelio (2001). Parallel dazu kann es hilfreich sein, die durch den Patienten ausgelösten Gefühle, Gedanken und Fantasien wahrzunehmen und festzuhalten, ohne den Patienten damit zu früh zu konfrontieren (Tab. 1). Wenn allerdings anhaltend verschwiegene, intensive Übertragungsgefühle das angestrebte Bewältigungsverhalten nachhaltig verhindern, sollte dies angemessen angesprochen werden.

Zu beiden Ansätzen können Elemente aus der modernen Hypnose im Sinne Milton H. Ericksons eingebaut werden (Kranz, 2017). Mit dem speziellen Zugang über eine Trance können durch das Medium Sprache (und Suggestion) Findungs- und Neuordnungsprozesse angeregt werden, die zur Lösung der Problematik beitragen können. Damit werden vor allen Dingen die Selbstregulierungskräfte des Patienten angesprochen. Aber auch ohne explizite Trance kann man mit Ross (2007) folgende Ansätze als sinnvoll einbauen:

1. Die Arbeit mit inneren Bildern, wobei es darum geht, die Bilder, die der Tinnitus beim Patienten ausgelöst hat, aufzugreifen und in der Arbeit mit dem Unbewussten positiv zu verändern (was dem Reframing entspricht).
2. Die Veränderung des Zeitfokus, wobei aus der quälenden „Jetzt-Zeit“ in der Fantasie eine Reise in die „Lösungszeit“ unternommen wird, auch um dann rückwirkend zu schauen, welche Ressourcen dafür aktiviert, genutzt und geändert werden konnten.

3. Körperorientierte Ansätze, wobei über die Körperhaltung das problematische Tinnitus-Erleben ausgedrückt und der Veränderung zugeführt werden kann.
4. Arbeit mit den inneren Persönlichkeitsanteilen, bei denen die noch nicht entwickelten, bisher schwachen Anteile gestärkt werden können.
5. Tinnitus als Fokus, wobei die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Konzentrationspunkt verändert wird.

Dennoch erlebt der Psychotherapeut oft die Ambivalenz, nicht der Therapeut der ersten Wahl zu sein. Das wäre der HNO-Arzt gewesen, der „aber keine Zeit und kein Verständnis für die Tinnitus-Not“ hatte. Trotzdem sieht sich der Psychotherapeut einem hohen Zuwendungsbedürfnis ausgesetzt. Dabei kann es nicht selten – durchaus auch als Indikator für das Beziehungssystem – zu ärgerlich gefärbten (Gegenübertragungs-)Reaktionen kommen.

Für den Umgang mit dieser Situation ergeben sich verschiedene Ansätze. Der rationale Zugang wäre, gemeinsam mit dem Patienten zu akzeptieren, dass es so ist, wie es ist. Das führt aber oft dazu, dass Tinnitus-Betroffene nicht gerne als Patienten angenommen werden – und lieber wieder an den HNO-Kollegen zurückverwiesen werden. Dann wiederholt sich die zweiphasige Verdrängung nach Mitscherlich auch auf der Therapeutebene.

Günstiger ist es, den Patienten in seiner Not verstehen zu können, was nach unserer Erfahrung am ehesten über die Biografie gelingen kann. Wenn dabei die einzelnen Faktoren, die zur Entstehung der Tinnitus-Belastung beitragen, sorgfältig evaluiert und dem Veränderungsprozess zugeführt werden können, erweisen sich Tinnitus-Betroffene sogar als „dankbare Patienten“, wie Svitak, Goebel und Fichter (2001) schildern.

Stolperstein 2: Die enttäuschenden Helfer und Angehörigen

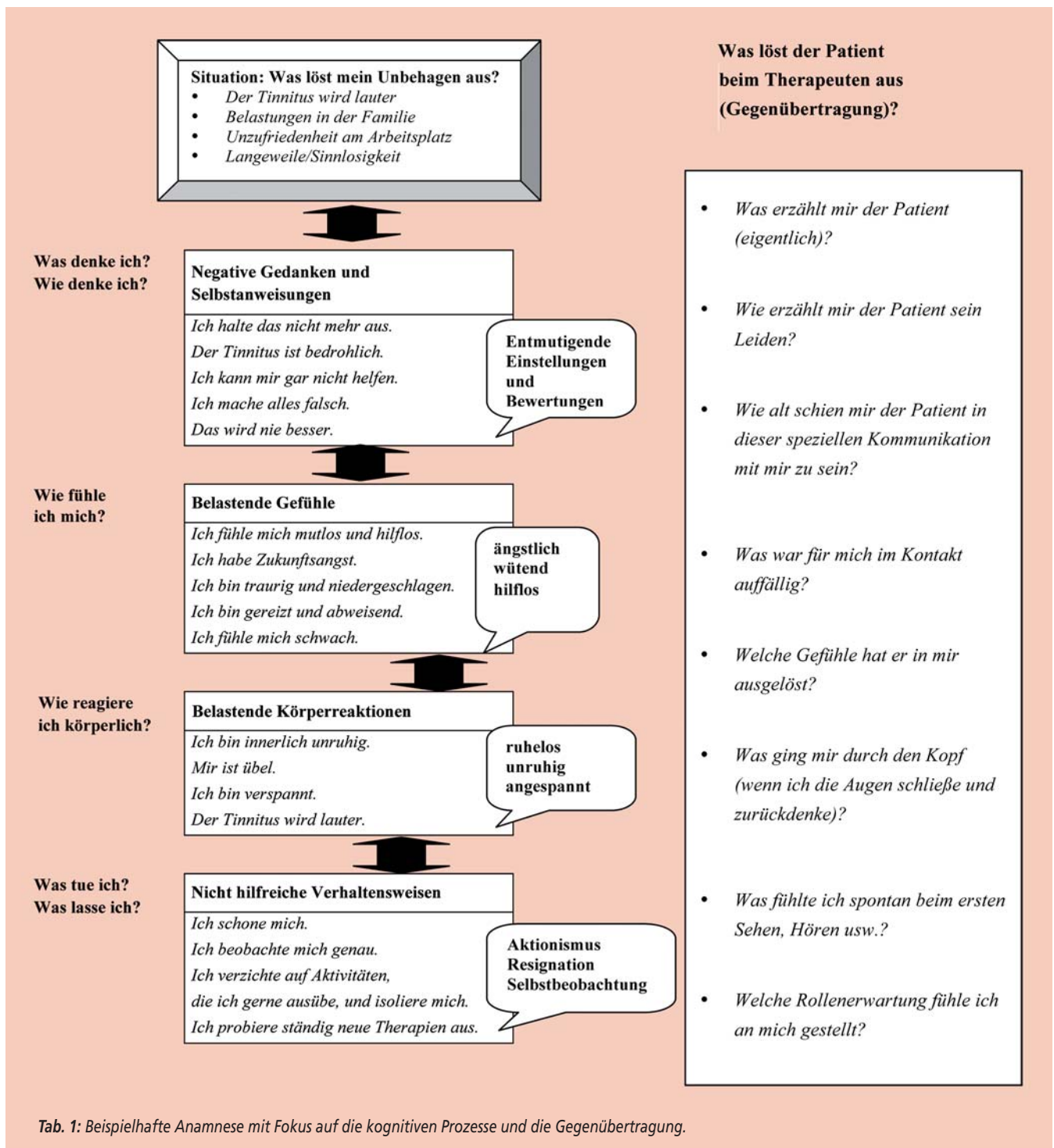
Ausgehend von der Klage über den Tinnitus verschiebt sich der Fokus auf die bisherigen Behandlungsmaßnahmen. Dabei wechselt der Tenor meist von zunächst großer Hoffnung auf die doch schmerzliche, nicht selten wütende Enttäuschung über vergebliche Therapieversuche.

Das Thema der Enttäuschung dehnt sich häufig in einem weiteren Schritt von den durchgeführten Maßnahmen auf den Behandler aus. Enttäuscht werden weiter die nicht als ausreichend unterstützend oder Rücksicht nehmenden Angehörigen oder Mitmenschen beklagt. Nun können – trotz meist vorher anders lautenden Angaben – Part-

nerschaftsprobleme oder soziale Schwierigkeiten auftauchen, über die jetzt gesprochen werden kann. Auch hier wechseln sich die Hoffnung mit der Enttäuschung und die Zuvorsicht mit der Ratlosigkeit ab.

Kognitiv kann dabei an den operanten Faktoren gearbeitet werden. Hilfreich bei den

zu erwartenden Widerständen kann jetzt das psychodynamische Verständnis sein, das in den Beziehungs-„Objekten“ eine Projektionsfläche für die dahinter stehende Problematik sieht. So wird verständlich, warum man sich gegen das Unangenehme und Gefährliche auch über die Steigerung des Symptoms „zur Wehr“ setzt. Im günstigen Fall lässt sich über



Tab. 1: Beispielhafte Anamnese mit Fokus auf die kognitiven Prozesse und die Gegenübertragung.

dieses sich ständig wiederholende Geschehen eine Struktur des Erlebens und Verhaltens herausarbeiten und für den Patienten sichtbar machen.

Stolperstein 3: Der enttäuschende Therapeut

Einen für den Therapeuten oft schwierigen, aber unerlässlichen und wichtigen Schritt der Behandlung bedeutet es, wenn der Patient die Hoffnung auf das Gute, die Angst vor dem Bösen und die Enttäuschung auch am Therapeuten erlebt. Insbesondere bei Tinnitus-Patienten mit einer Entwicklungsstörung im Sinne der primär mangelnden Ausdifferenzierung der Affekt-Entwicklung und Interaktionsmöglichkeiten kann es jetzt zu Therapiephasen kommen, in denen (wieder) nur „der Tinnitus“ in Form wechselnd empfundener Tinnitus-Lautheit „spricht“. Dies ist oft verbunden mit der Klage, dass er jetzt doch lauter als 15 dB oder eben doch mit einem organischen Schaden verbunden sein müsse. Ausgesprochen oder unausgesprochen kann dabei der Vorwurf im Raum stehen, dass dafür der Therapeut durch seine Interventionen oder sein Nicht-Handeln verantwortlich sein könnte.

Dies kann die therapeutische Situation stark belasten. Je nach Struktur des Behandlers kann dies zu Resignation oder aggressiv-gereizter Gegenübertragungsablehnung führen. Es kann auch zu einer Aktivierung „kriminalistischen Vorgehens“ (Sherlock-Holmes-Syndrom) in dem Bemühen kommen, dem Patienten die psychischen Hintergründe oder den affektiven Gehalt der vorgetragenen Symptomatik zu beweisen (Ermann, 2004; Rudolf, 2000). Bei beiden Gegenübertragungsreaktionen ist besonders auf den Wiederholungsaspekt zu achten. Fast regelhaft finden sich ebensolche Erfahrungen dieser Patienten bei den Begegnungen mit somatisch tätigen Ärzten, nicht selten aber auch in ihrer Biografie. Ein Erkennen dieser Gegenübertragungsablehnung und deren angemessene Handhabung schützen den Patienten vor einer weiteren Krankheitsodyssee. Das Aushalten und das Bearbeiten der Situation können zugleich den Einstieg in die weitere psychotherapeutische Aufarbeitung darstellen. Eine forcierte Abstinenzhaltung mit asymmetrischer Kommunikation hingegen verunsichert und gefährdet das Arbeitsbündnis.

Wenn in diesem Prozess das Beziehungsthema hinter dem Tinnitus-Leiden sichtbar und spürbar geworden ist, kann es auch bearbeitet werden. Dann sollte sich die therapeutische Beziehung mit dem ehemals idealisierten und dann entwerteten Therapeuten als tragend erweisen. Hilfreich für den Therapeuten könnte sein, sich vor Augen zu führen, dass sich Kinder bei den eigenen Eltern sehr viel mehr trauen dürfen als anderswo, gerade weil das Vertrauen da sein darf, dafür nicht grundsätzliche Ablehnung zu riskieren.

Der psychodynamisch arbeitende Therapeut kann in Erscheinung treten als der möglichst konstante, professionelle Begleiter bei einer schwierigen und schmerzhaften Selbsterforschung sowie als der Mitwisser und Chronist von vielfältigen Lebensschwierigkeiten und von meist verbesserbaren Lösungsfantasien.

Der Verhaltenstherapeut wird auf der Basis einer stabilen Beziehung weiter Hinweise für Verhaltensverstärker, Verhaltensänderungen und Einstellungsänderungen mit dem Patienten erarbeiten. Svitak, Rief und Goebel haben dafür 2001 die Grundzüge einer kognitiven Therapie unter Verwendung der „Rational-emotiven Therapie“ nach Ellis (1997), der „kognitiven Therapie“ nach Beck (1997) sowie von Elementen aus dem „Stress-Impfungstraining“ von Meichenbaum (1991) systematisch und ausführlich dargestellt. Weise (2011) hat dies aufgegriffen und darüber hinaus wie schon Delb, D'Amelio et al. (2001) und Kröner-Herwig, Jäger und Goebel (2010) in einem verhaltenstherapeutischen Manual (Weise et al. 2017) ausgearbeitet. Ein wesentliches Ziel ist darin die Vermittlung von spezifischen Coping-Strategien. Dazu zählen unter anderem Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung und zur Tinnitus-Umdeutung sowie zur Verbesserung der Entspannungs- und Konzentrationsfähigkeit. Wichtig ist dann, das meist mit Verhaltensdefiziten einhergehende Vermeidungsverhalten anzugehen.

Unabhängig vom Verfahren müssen irrationale Bewertungen (zum Beispiel absolute Forderungen), „Glaubenssätze“ und „systematische Denkfehler“ identifiziert und bearbeitet werden, zumindest soweit, wie das für eine nachhaltige Habituation und Bewältigung notwendig ist. Im günstigsten Fall kann es zu einer Umbewertung des Tinnitus

(Reframing) kommen. Dann kann es sinnvoll sein, den Tinnitus als positiv beziehungsweise hilfreich in das Wahrnehmungs- und Handlungsrepertoire einzubauen, beispielsweise wie folgt: „Wenn ich meinen Tinnitus verstärkt wahrnehme, sollte ich zum Beispiel mehr auf meine Ressourcen, meine Beziehungsangebote ... achten.“

Fazit

Beim Leiden am Tinnitus sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle gut geeignet, die subjektive Tinnitus-Belastung durch eine mangelnde Habituation, dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen zu erklären. Ebenso sinnvoll ist ein psychodynamisches Verständnis, das ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus entstehen kann, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen, ein Konflikt auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten. Dies hilft insbesondere im Verständnis der Beziehungsgestaltung zu Patienten mit einem Leiden am Tinnitus und dem Umgang in teilweise sprachlosen Phasen. Gleichzeitig sind auch bei einem primär psychodynamischen Ansatz kognitive Elemente sinnvoll und notwendig.

Kontakt zum 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
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net*

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 2/2019“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.