



Roberto D'Amelio
Helmut Schaaf
Detlef Kranz

Module für die Tinnitus- Behandlung

Counseling, Psychoedukation
und Psychotherapie

 hogrefe



Roberto D'Amelio
Helmut Schaaf
Detlef Kranz

Module für die Tinnitus- Behandlung

Counseling, Psychoedukation
und Psychotherapie

 hogrefe

Roberto D'Amelio
Helmut Schaaf
Detlef Kranz

Module für die Tinnitus- Behandlung

**Counseling, Psychoedukation und
Psychotherapie**

 **hogrefe**

Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio, geb. 1963. 1982–1989 Studium der Psychologie in Heidelberg. 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). Seit 1996 Mitarbeiter am Universitätsklinikum des Saarlandes. Klinischer Hypnotherapeut (M. E. G e. V.). Als verhaltenstherapeutisch fundierter Supervisor tätig.

Dr. med. Helmut Schaaf, geb. 1957. 1976–1984 Studium der Medizin in Köln. 1985–1994 Facharzt für Anästhesie in Köln. 1994–2008 Leitender Oberarzt in der Tinnitus-Klinik Arolsen (später Arolser „Schoen-Kliniken“). 1999 Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und seit 2006 Balintgruppenleiter. Seit 2008 Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen.

Dipl.-Psych. Detlef Kranz, geb. 1952. 1972–1977 Studium der Psychologie in Berlin. Anschließend Tätigkeit in stationären und ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen. 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). 1986 Fachpsychologe der Medizin. Seit 1993 niedergelassen in eigener Praxis in Essen. 1997 Klinische Hypnose (M.E.G.). Seit 2009 Mitarbeit in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images /
Alkalyne

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG,
Göttingen

Format: EPUB

1. Auflage 2022

© 2022 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2774-4; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-2774-5)

ISBN 978-3-8017-2774-1

<https://doi.org/10.1026/02774-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

^[5] **Geleitwort**

In der Leitlinie von 2015 wird Tinnitus als ein häufiges Symptom des auditorischen Systems beschrieben, „das insbesondere in Verbindung mit Komorbiditäten zu schwerwiegender Krankheitsbelastung führen kann.“ Im Praxisalltag präsentieren sich daher die unterschiedlichsten klinischen Bilder unter dem Etikett des „Tinnitus-Patienten“. Bei einem mögen die Ohrgeräusche zwar vorhanden und auch bestimmbar, aber „nicht der Rede wert“ sein, sogar nur zufällig bei genauer Exploration zu Tage kommen, da die Ohrgeräusche so gut kompensiert und ausgeblendet werden, dass der Betroffene sich in keinerlei Weise durch sie beeinträchtigt fühlt, und nicht von sich aus als Symptom äußert. Das andere Extrem stellt der vom Tinnitus Tag und Nacht gequälte Patient dar, der sich kaum mehr ein lebenswertes Leben mit dem Tinnitus vorstellen kann und aufgrund seines Leidens am Tinnitus massiv in seiner Arbeitsfähigkeit und Alltagstauglichkeit eingeschränkt ist.

Da die Ätiologie dieses *Hörsymptomes* sehr vielfältig sein kann – von einem einfachen Cerumen bis zu schweren psychischen Beeinträchtigungen sowie von den häufigen Hörstörungen bis hin zu seltenen Neoplasmen – muss die Offenheit der Therapeuten oft weit und die Therapieplanung individuell sein. Bei einem Leiden am Tinnitus kommt es wesentlich darauf an, dass ein Therapeut die seelische Anfrage, die hinter den Beschwerden stehen kann, aufnehmen kann. Der Schlüssel zum Verständnis des

Leidens am Tinnitus im Umgang der Ausgestaltung des „stets individuellen Dramas“ des Patienten bei seinem derzeitigen Problem kann dann meist über die Lebensgeschichte verstanden werden.

Als Klinikchef einer neurootologisch und psychosomatisch arbeitenden Klinik weiß ich um die Bedeutung der Psychotherapie. Gleichzeitig wünsche ich den Patienten, dass zudem die – teilweise kausal hilfreichen – Möglichkeiten der Hörverbesserungen erkannt und genutzt werden können. Gerade die Psychotherapie braucht das Verständnis und das Verstehen, auch beim Patienten.

So hat sich in unserer Klinik der Ansatz bewährt, Tinnitus-Patienten auf einer sicheren neurootologischen Grundlage zu behandeln. Dabei sollen auch die Psychotherapeuten die Hörsituation (den Hörtest) des Patienten verstehen und erklären können – und ggf. Verbesserungsmöglichkeiten anregen oder einleiten. Wir halten dies ebenso notwendig wie die Verbindung mit einer psychosomatischen ^[6] Sichtweise, die das körperliche Symptom genauso ernst nimmt wie die Psyche der Betroffenen. Als hochgradig effektiv hat sich bei uns das konkrete Bearbeiten für die Patienten wichtiger Situationen in der Hörtherapie erwiesen. Dabei kann erfahren werden, wie die auslösenden Situationen anders als mit der Verstärkung des Symptoms bewältigt werden können. Auf dieser Grundlage haben wir in Bad Arolsen auch eine Hörtherapie für Tinnitus- und Hyperakusis-Patienten entwickelt, die in einem Buch ihren Niederschlag gefunden hat.

Wenn man davon ausgeht, dass jeder Tinnitus-Patient „anders“ sein darf und wenn man berücksichtigt, dass sich die Möglichkeiten der Behandlung in jedem Setting anders darstellen, dann ist es sinnvoll, dass eine „Handreichung“ wie dieser Band sowohl die notwendigen Grundlagen anbietet wie möglichst vielfältige, aber variierbare Module, die darauf aufbauen.

Ebenso sinnvoll ist, dass dieser Band von erfahrenen Tinnitus-Therapeuten mit durchaus erkennbar verschiedenen Therapierichtungen angeboten wird – und dabei ein schulenübergreifendes Verstehen und Arbeiten ermöglicht und anregt.

In diesem Sinne wünsche ich diesem Buch viel Erfolg und eine breite Verwendung.

Arolsen, Herbst 2021

*Prof. Dr. med Gerhard
Hesse*
Chefarzt der Tinnitus
Klinik Dr. Hesse
Vorsitzender der
Leitlinienkommission
Tinnitus

171 **Geleitwort**

Als Vertreter der Tinnitus-Betroffenen, freue ich mich sehr über das vorliegende Buch und möchte mich bei den Autoren für ihr Engagement bedanken. Ich hoffe, dass es bei Psychotherapeuten eine große Verbreitung findet.

Die Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL) vertritt als gemeinnützige Selbsthilfeorganisation die Interessen der Patienten mit Tinnitus, Hörsturz, Hyperakusis und Morbus Menière sowie ihrer Angehörigen. Rund 11.000 Mitglieder machen die DTL zum größten Tinnitus-Zusammenschluss in Europa. Wir hören am Beratungstelefon immer wieder die Not der Tinnitus-Patienten und können nur hoffen und wünschen, dass sie einen Behandler finden, der sich mit Tinnitus gut auskennt und um die vielen Therapiemöglichkeiten weiß.

Die drei Autoren haben einen unglaublichen Erfahrungsschatz in der Behandlung von Tinnitus-Patienten und öffnen mit dem vorliegenden Buch ihre „persönliche Schatztruhe“ an erprobten Interventionen in der Tinnitus-Therapie. Sie vermitteln sehr praxisorientiert ein breites Fachwissen, von dem jeder Psychotherapeut, der Tinnitus-Patienten optimal versorgen möchte, in hohem Maße profitieren kann. Besonders gut gefällt mir der „schulenübergreifende Ansatz“. Uns Tinnitus-Betroffenen kann es letztlich egal sein, ob unser Behandler „Verhaltenstherapeut“ ist oder „Hypnotherapeut“ bzw. ob er

„psychodynamisch“ arbeitet, die Hauptsache ist doch, er hilft uns. Hier gilt der alte Grundsatz „wer heilt hat Recht“.

Als Vertreter der Betroffenen kann ich aus langer Erfahrung sagen, kein Tinnitus-Patient ist wie der andere. Genauso wie jeder „seinen individuellen Tinnitus“ hat, so benötigt auch jeder Patient seine individuelle Tinnitus-Therapie. Und genau hier ist die besondere Stärke dieses Buches. Es bietet dem Behandler ein großes Repertoire von „Therapietools“ mit ganz unterschiedlichen Therapieansätzen. Dieser Fundus reicht von Materialien zur Aufklärung und Psychoedukation bis hin zu Hinweisen zu einer möglicherweise vertiefend notwendigen Psychotherapie.

Gerade weil es immer noch nicht die, natürlich von vielen Betroffenen herbeigesehnte, „Pille gegen den Tinnitus“ gibt, ist es umso wichtiger, dass sich genügend Psychotherapeuten finden, die sich mit fundiertem Fachwissen um uns kümmern. ^[8] Dabei kann das vorliegende Buch eine große Hilfe sein, weshalb ich mir wünsche, dass es von vielen Therapeuten genutzt wird.

Boppard, im Herbst 2021 *Dr. med. Frank Matthias Rudolph*
Facharzt für Psychosomatische
Medizin
Rehabilitationswesen/Diabetologie
Vorsitzender des Vorstands der
Deutschen Tinnitus-Liga e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Basiswissen Tinnitus

1.1 Tinnitus – Was ist das?

1.2 Einteilung des Tinnitus

1.2.1 Objektiver vs. subjektiver Tinnitus (Objektivierbarkeit)

1.2.2 Akuter vs. chronischer Tinnitus (Verlaufsdauer)

1.2.3 Kompensierter vs. dekompensierter Tinnitus (Psychische Belastung)

1.3 Epidemiologie

1.4 Die Pathophysiologie des subjektiven Tinnitus

1.5 Wie kann es zum Leiden am Tinnitus kommen?

1.5.1 Mangelnde Toleranzentwicklung und ausbleibende Habituation

1.5.2 Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien

1.5.3 Persönlichkeitsmerkmale

1.5.4 Vulnerabilitätsmodell

1.6 Grundlegende Diagnostik bei chronischem Tinnitus

1.6.1 Grundlegende HNO-Diagnostik

1.6.2 Grundlegende psychologische Diagnostik

1.7 Therapieansätze: Stufenweises Vorgehen beim Leiden am chronischen Tinnitus

1.7.1 Counseling

1.7.2 Psychotherapie bei Leiden am Tinnitus

1.7.3 Apparative Versorgung

2 Erstkontakt mit einem Tinnitus-Patienten – Erklärung, Counseling und Psychoedukation als Basisintervention

2.1 Tinnitus ist ein Symptom der Hörwahrnehmung

2.2 Wie kann es zum Tinnitus kommen?

2.3 Wie soll therapeutisch weiter vorgegangen werden?

2.4 Arbeitsmaterialien

3 Verhaltenstherapeutische Psychotherapie bei Tinnitus

3.1 Grundlagen, Diagnostik, Ziele und Therapieplanung

3.1.1 Wie kann es aus verhaltenstherapeutischer Sicht zu einem Leiden am Tinnitus kommen?

3.1.2 Ziele verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus

3.1.3 Verhaltenstherapeutische tinnitusbezogene Diagnostik

3.2 Verhaltenstherapeutische Behandlungsmodule

3.2.1 Modul Entspannung

3.2.1.1 Einleitung

3.2.1.2 Durchführung

3.2.2 Modul Kognitionen und Selbstverbalisationen

3.2.2.1 Einleitung

3.2.2.2 Durchführung

3.2.3 Modul Innere Ressourcen

3.2.3.1 Einleitung

3.2.3.2 Durchführung

3.2.4 Modul Stressmanagement

3.2.4.1 Einleitung

3.2.4.2 Durchführung

3.2.5 Modul Wohlfühlen

3.2.5.1 Einleitung

3.2.5.2 Durchführung

3.3 Arbeitsmaterialien

4 Psychodynamische Psychotherapie bei Tinnitus

4.1 Grundlagen, Diagnostik, Ziele und Therapieplanung

4.1.1 Wie kann es aus psychodynamischer Sicht zu einem Leiden am Tinnitus kommen?

4.1.2 Ziele tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beim Leiden unter Tinnitus

4.1.3 Tiefenpsychologische tinnitusbezogene Diagnostik

4.1.4 Psychodynamische Therapieplanung

4.2 Psychodynamische Behandlungsmodule

4.2.1 Modul Beziehungsgestaltung - Der Tinnitus in der therapeutischen Beziehung

4.2.1.1 Einleitung

4.2.1.2 Vorgehen

4.2.2 Modul Biografische Fragen - Wo komme ich her? Wo stehe ich? Wohin gehe ich?

4.2.2.1 Einleitung

4.2.2.2 Vorgehen

4.3 Arbeitsmaterialien

5 Hypnotherapie bei Tinnitus

5.1 Grundlagen, Diagnostik, Ziele und Therapieplanung

5.1.1 Wie kann es aus hypnotherapeutischer Sicht zu einem Leiden am Tinnitus kommen?

5.1.2 Ziele hypnotherapeutisch fundierter Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus

5.1.3 Vorgehensweisen bei der hypnotherapeutischen Behandlung von Leiden am Tinnitus

5.1.4 Hypnotherapeutische tinnitusbezogene Diagnostik

5.1.5 Wichtige hypnotherapeutische Begrifflichkeiten

5.2 Hypnotherapeutische Behandlungsmodule

5.2.1 Modul symptomorientierte Hypnotherapie

5.2.1.1 Lieblingsplatz/Wohlfühlort

5.2.1.2 Tinnitus als Bild

5.2.1.3 Tinnitus als Skala

5.2.2 Modul problem- und konfliktorientierte Hypnotherapie

5.2.2.1 Stellvertretertechnik als Metapherarbeit

5.2.2.2 Stellvertretertechnik-Tinnitus als Landschaft oder Lebewesen

5.2.2.3 Stellvertretertechnik – Tinnitus als ungebetener Hausgast

5.2.2.4 Reframing – Die positive Absicht des Tinnitus

5.2.3 Modul Narrative Hypnotherapie

5.3 Arbeitsmaterialien

6 Schlafstörungen bei Tinnitus

6.1 Wissen über Schlaf und Schlafstörungen vermitteln

6.2 Arbeitsmaterialien

7 Therapieende – Der Brief an sich selbst

Weiterführende Literatur

Literatur

Anhang

^[13] **Vorwort**

Seit über 25 Jahren sind die Autoren in Sachen Tinnitus und dem Leiden an Tinnitus unterwegs. Dabei sind wir uns immer wieder begegnet und haben, ausgehend von unseren eigenen, unterschiedlichen Ansätzen und Arbeitsfeldern, gerne über den eigenen Tellerrand geschaut und (nicht nur) untereinander den kollegialen Austausch gesucht, gemäß der Leitfrage: *Wie ist dein Vorgehen, wie sind deine Haltungen, Strategien und Methoden in der Beratung und Behandlung von Betroffenen mit Leiden an Tinnitus?*

Diese Gespräche gestalteten sich immer spannend wie lehrreich, auch gerade deshalb, weil wir „von Haus aus“ unterschiedliche therapeutische Weiterbildungen und Ausrichtungen aufweisen. Somit wurde auch kollegial diskutiert und ausgetauscht, wie man mit Haltungen, Strategien sowie Methoden der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Hypnotherapie eine adäquate wie erfolgreiche Betreuung von Betroffenen mit (Leiden am) Tinnitus durchführen kann.

Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Erkenntnisse aus der kognitiven Verhaltenstherapie Grundlage eines erfolgreichen Copings sind, sodass auch der psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut nicht auf die dabei mögliche Symptomlinderung verzichten sollte.

Ebenso wie die psychodynamisch orientierten Therapeuten¹ werden auch Verhaltenstherapeuten, die manchmal eine sehr besondere (somatisierende) Beziehungsdynamik mit den Patienten und den involvierten Kollegen erleben, diese reflektieren und in ihrer Arbeit berücksichtigen müssen. Dabei ermöglicht ein psychodynamisches Verständnis der oft vorliegenden Beziehungsstörung beim Tinnitus-Leidenden dem Verhaltenstherapeuten, Tinnitus-Signale als Spuren im biografischen Erlebniskontext und als sprachlosen, oft nur vom Tinnitus ausgefüllten Ausdruck der erlebten Not anzunehmen.

Verbindet sich dies mit den kreativen Lösungs- und ressourcenorientierten Möglichkeiten der Hypnotherapie, dann müssen Tinnitus-Patienten nicht nur als (quä^[14] lende, nicht hörende) Herausforderung angesehen werden. Dann darf der Tinnitus – positiv gesehen – als Wahrnehmung eines nach Auflösung verlangenden Zustandes und als „Angebot“ zur Bearbeitung einer psychogenen Not oder Krise aufgegriffen werden.

Dieses Buch ist nun geschrieben, sodass interessierte Leser sich im Rahmen von drei entsprechenden Schwerpunkt-Kapiteln einen Überblick verschaffen können, wie man mit Strategien und Methoden der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologie und Hypnotherapie Betroffene unterstützen kann, ein Leben *mit* Tinnitus zu führen (vgl. [Kapitel 3](#) bis [Kapitel 5](#)). Selbstverständlich geprägt durch die persönliche Sichtweise der Beteiligten, mit ihrer eigenen „Interpretation“ von Verhaltenstherapie, Psychodynamik und Hypnotherapie.

Zum Aufbau des Bandes

Dieser Band wendet sich an Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte sowie weitere therapeutische Fachleute, die Betroffene, die unter Tinnitus leiden, behandeln. Er beinhaltet umfangreiche Materialien für die Diagnostik, therapeutische Begleitung sowie Unterstützung von Betroffenen mit Tinnitus, mit den „bewährten“ Strategien und Methoden der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Hypnotherapie, entsprechend der grundsätzlichen therapeutischen Weiterbildung und Ausrichtung der beteiligten Autoren. Dementsprechend ist dieser Band in drei Schwerpunkt-Kapitel aufgeteilt, geordnet und unterteilt nach den oben genannten psychotherapeutischen Schulen (vgl. [Kapitel 3](#) bis [Kapitel 5](#)).

Um den spezifischen Anforderungen ganz unterschiedlicher Bedürfnisse und Rahmenbedingungen gerecht zu werden, wurden die in jedem Kapitel aufgeführten Diagnostik- und Behandlungsmodule so konzipiert, dass sie in verschiedenen Settings (z. B. offene Gruppe, geschlossene Gruppe, fortlaufende Gruppe, singulärer Workshop, Seminarreihe, Einzelsetting, Gruppensetting) eingesetzt werden können.

Des Weiteren eignen sich die hier dargestellten Tinnitus-Behandlungsmodule auch zur monofokalen Bearbeitung von einzelnen Themen (Stressmanagement, Aufmerksamkeitslenkung, Trauerbewältigung usw.), sodass diese auch gezielt in der Prävention einsetzbar sind (z. B. bei tinnitusbezogener psychischer Belastung Grad II).

Die hier dargestellten Tinnitus-Behandlungsmodule ermöglichen den professionellen Anwendern somit nicht nur eine hohe Flexibilität in der Planung und Gestaltung ihrer therapeutischen Intervention, sondern ermöglichen auch einen Blick über den „Tellerrand“ der therapeutischen Schulen hinweg, sodass die Möglichkeit besteht, das eigene therapeutische Repertoire zu erweitern.

Homburg, Bad Arolsen und Mülheim, Herbst 2021

Roberto D'Amelio, Helmut Schaaf und Detlef Kranz

- ¹ – Zugunsten einer besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text in der Regel das generische Maskulinum. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen alle Geschlechter (m/w/d). Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn möglich, wurde eine geschlechtsneutrale Formulierung gewählt.

^[15] **1 Basiswissen Tinnitus**

Roberto D'Amelio, Helmut Schaaf und Detlef Kranz

1.1 Tinnitus - Was ist das?

Der Begriff „Tinnitus“ leitet sich vom lateinischen Wort *tinnire* (= klingeln) ab. Tinnitus als Symptom bezeichnet (nahezu) alle Formen nicht durch äußere Schallquellen bedingter Hörwahrnehmungen i. S. von „Ohrgeräuschen“, die nicht als Halluzinationen gewertet werden ([Hallam et al., 1984](#); [Goebel & Büttner, 2004](#); [Mazurek et al., 2015, 2017](#)). In der europäischen Leitlinie heißt es: „Tinnitus involves the percept of a sound or sounds in the ear or head without an external source“ ([Cima et al., 2019](#)). Der Tinnitus kann einseitig, beidseitig oder im Kopf wahrgenommen werden. Er kann nahezu alle Ton- und Geräuschvariationen annehmen, z. B. Pfeifen, Rauschen, Summen, Zischen, Klingeln, Piepsen, Sausen, Brummen, Zirpen, Pulsieren, Hämmern ([Lenarz, 1998](#); [Weise, 2011](#); [Mazurek et al., 2017](#)).

Auch bei gesunden Menschen ist im Prinzip ein permanentes Ohrgeräusch (= Tinnitus) vorhanden: Setzen sich Menschen in einer schalldichten Kammer absoluter Stille aus, so entsteht innerhalb kurzer Zeit ein akustischer Eindruck, i. S. eines „Rauschens“. Das liegt daran, dass das Innenohr wegen seiner ständig aktiven Sinneszellen seit der Geburt

ein „bewegter“ Ort ist, der in Verbindung zum akustischen Kortex steht. In etwa vergleichbar ist dies mit einer Tonanlage, die beim Strom einschalten ein meist leises, aber durchaus hörbares Grundrauschen hat. Dieses „Grundrauschen“ wird meist nur nicht als solches wahrgenommen und – was wichtiger ist – nicht dauerhaft beachtet, da es schon seit der Geburt vorhanden ist und deshalb im Alltag i. d. R. gut „überhört“ bzw. dauerhaft ausgeblendet werden kann.

Anders verhält es sich mit einem erst im späteren Leben erworbenen bzw. auftretenden Ohrgeräusch, das „... insbesondere in Verbindung mit Komorbiditäten zu schwerwiegender Krankheitsbelastung führen kann“ ([AWMF-Leitlinie, 2015](#)).

Abgrenzung zu Pseudohalluzinationen und akustischen Halluzinationen

Der Tinnitus kann von seltenen organischen „Pseudohalluzinationen“ und akustischen Halluzinationen bei einer Psychose abgegrenzt werden. Bei organischen ^[16] Pseudohalluzinationen „hören“ die Patienten plastische Klanggebilde (Kirchenglocken, Melodien, Stimmengewirr etc.), die echoartig nach längerer Einwirkung der jeweiligen Klangbilder noch für Stunden nachhallen können oder auch bei starken Emotionen reaktiv auftreten. Beim Tinnitus zeigt sich nun im Unterschied zu den „Pseudohalluzinationen“ und den akustischen Halluzinationen eine klare neurootologische Konstellation, bei der der Tinnitus in seiner Frequenz und

Lautheit, bestimmt als Verdeckbarkeit über der Hörschwelle, reproduzierbare und von außen nachvollziehbare Werte zeigt ([Schaaf et al., 2003](#)). Akustische Halluzinationen in Form vom Hören der eigenen Gedanken, dialogischen oder gar imperativen Stimmen sowie akustische Sinnestäuschungen, wie z. B. Knallen, Klirren, Sausen, Zischen, Trommeln, Heulen, sind davon unterscheidbar ([Schaaf et al., 2003](#); [Dölberg et al., 2008](#)).

1.2 Einteilung des Tinnitus

Wie im folgenden Kasten ersichtlich, wird der Tinnitus wissenschaftlich nach den folgenden Kriterien eingeteilt: (1) Nachweisbarkeit, (2) zeitliche Dauer, (3) psychische Belastung.

Einteilung des Tinnitus

Nach der *Objektivierbarkeit* des Befundes:

- objektiv
- subjektiv

Nach der *Verlaufsdauer*:

- akut
- chronisch

Nach der *psychischen Belastung*:

- kompensiert
- dekompensiert

Diese Begriffe sollen nun in den nächsten Abschnitten näher erläutert werden.

1.2.1 Objektiver vs. subjektiver Tinnitus (Objektivierbarkeit)

Man unterscheidet einen subjektiven, nur vom Patienten selbst wahrnehmbaren von einem objektivierbaren Tinnitus:

- *Objektiver Tinnitus.* Beim objektiven Tinnitus kann das Ohrgeräusch auf eine körpereigene Schallquelle in der Nähe des Ohres zurückgeführt und dessen Schall ^[17] aussendungen physikalisch gemessen (und damit objektiviert) werden. Diese Form der Ohrgeräusche ist mit ca. 0.01 % sehr selten ([Feldmann, 1992](#); [Hesse, 2015](#)). Ursächlich geht dieses Beschwerdebild auf andere primär zugrunde liegende Erkrankungen oder genetisch bedingte Anomalien zurück, z. B. ein arterielles intrakranielles Aneurysma oder auch eine generalisierte Cerebralsklerose, sodass eine Beseitigung eines störenden Ohrgeräusches in Abhängigkeit von den Behandlungsmöglichkeiten der Grunderkrankung erfolgen kann ([Hesse, 2015](#)).
- *Subjektiver Tinnitus.* Beim subjektiven Tinnitus liegt weder eine externe noch eine körpereigene Schallquelle vor. Vielmehr wird angenommen, dass der Tinnitus durch eine fehlerhafte Informationsbildung und -verarbeitung im Innenohr und/oder auditorischen System entsteht, ohne Einwirkung eines akustischen Reizes ([Lenarz, 1998](#); [Zenner, 1998](#)). Klinisch

beschreiben lässt sich dieses Erkrankungsbild als eine akustische Wahrnehmung, die ausschließlich vom Betroffenen selbst perzipiert wird und keiner objektiv messbaren Schallquelle zuzuordnen ist. Die Existenz dieser Ohrgeräusche sowie deren Qualität und Quantität können daher nur durch Exploration des Betroffenen bestimmt werden. Die Mehrzahl der Tinnitus-Betroffenen berichtet über subjektive Ohrgeräusche. Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5 bis 15 Dezibel (dB) über der Hörschwelle darstellen, was von der Hörwahrnehmung ungefähr einem leisem Blätterrauschen entspricht ([Zenner, 1998](#); [Hesse, 2015](#); [Mazurek et al., 2017](#)).

1.2.2 Akuter vs. chronischer Tinnitus (Verlaufsdauer)

Man unterscheidet nach dem Zeitverlauf einen akuten von einem chronischen Tinnitus ([AWMF-Leitlinie, 2015](#)):

- *Akuter Tinnitus*. Beim akuten Tinnitus bestehen die Ohrgeräusche seit einem Zeitraum *unter* drei Monaten.
- *Chronischer Tinnitus*. Ein Tinnitus gilt als chronisch mit einer Dauer von mindestens drei Monaten.

Diese Unterscheidung nach der zeitlichen Dauer ist für die Wahl der Behandlungsmaßnahmen von Bedeutung. Da man bei einem plötzlich auftretenden und erst seit kurzer Zeit bestehenden Ohrgeräusch von einer *akuten* Funktionsstörung im Innenohr ausgeht, zielt die medizinische Behandlung darauf, die Ursache für diese

Funktionsstörung zu beseitigen. Wenn dies gelingt, so *kann* dadurch prinzipiell auch das Ohrgeräusch wieder beseitigt werden.

Hinweis

Generell empfiehlt es sich bei akut einsetzenden Ohrgeräuschen, die nicht wieder von allein verschwinden, zur weiteren Ursachen-Abklärung unverzüglich einen HNO-Facharzt aufzusuchen. Dies gilt unbedingt dann, wenn das Ohrgeräusch zusammen mit einem „Hörsturz“ (= plötzlich einsetzende Hörminderung) auftritt.

^[18] **1.2.3 Kompensierter vs. dekompensierter Tinnitus (Psychische Belastung)**

Nach der psychischen Belastung unterscheidet man einen kompensierten von einem dekompensierten Tinnitus ([Biesinger et al., 1998](#)):

- *Kompensierter Tinnitus.* Für viele Betroffene hat der *chronische* Tinnitus keine gravierenden Auswirkungen auf Lebensqualität und Lebensführung, was als kompensierter Tinnitus bezeichnet wird ([Biesinger et al., 1998](#)).
- *Dekompensierter Tinnitus.* Man spricht dann von einem „dekompensierten Tinnitus“, wenn der Leidensdruck bei einem chronisch bestehenden Tinnitus ausgeprägt ist und zusätzlich eine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität besteht. Für diese Patienten ist eine Gewöhnung an „ihren“ Tinnitus auch nach mehreren Jahren nicht möglich. Sowohl Denken als auch subjektives Empfinden können von der als unerträglich