

## Tinnitus und Morbus Menière - Zum Stand medizinischer und psychologischer Behandlung

Sven Tönnies und Axel Schildt  
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg

Dieser Beitrag gibt Ihnen einen Überblick über die Störungsbilder 'Tinnitus' und 'Morbus Menière' sowie diesbezüglicher somatomedizinischer Behandlungsansätze. Außerdem geht er auf die in der letzten Zeit sich hier durchsetzenden psychologischen Behandlungsmöglichkeiten ein.

**Diagnosen und Klassifikation:** 'Tinnitus' ist keine Krankheitsbezeichnung, sondern steht für eine Störung des Hörsystems bzw. für ein Symptom unterschiedlicher ursächlicher Erkrankungen. In sehr vielen Fällen ist jedoch kein organischer Befund feststellbar. „Tinnitus“ leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „Klingen, Geklingel“. Dieses meist rein subjektive Phänomen beschreibt Ohrgeräusche, die von den Betroffenen z.B. als „Klingeln, Rauschen, Zischen, Pfeifen, Surren, Brummen oder Sausen“ geschildert werden. Auf dem Tinnitus-Kongreß in London wurde 1981 eine allgemeine Umschreibung festgelegt: *„Tinnitus ist definiert als eine Tonempfindung, die nicht hervorgerufen ist durch ein simultanes mechanoakustisches oder elektrisches Signal.“* (7)

Die Ohrgeräusche können zusätzlich unterschieden werden: Z. B. besteht der „akute Tinnitus“ erst seit kurzem im Gegensatz zum „chronischen Tinnitus“, der längerfristig andauert (in der Regel mindestens 3 bis 6 Monate). Als „komplexer chronischer“ (früher „dekompensierter chronischer“) Tinnitus werden die Geräusche bezeichnet, die bei den Betroffenen zu einem erheblichen Leidensdruck führen und ihre Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen. Die Hörstörung wirkt sich dann nicht nur belastend auf die innere Erlebniswelt der Betroffenen aus, sondern erfaßt auch unterschiedliche Bereiche des mitmenschlichen Lebens. Man spricht dann von einem „Tinnitus-Syndrom“, das u.a. zu persönlicher Abkapselung, verstärkten Sorgen und Ängsten, Schlafstörungen, Depression und in seltenen Fällen zur Selbsttötung führen kann. Bei Betroffenen mit einem derartigen „komplexen chronischen Tinnitus“ wird als Therapieziel ein „kompensierter Tinnitus“ angestrebt. Dies ist eine Bezeichnung für bleibende Ohrgeräusche, mit denen die Betroffenen ohne größere Beeinträchtigung ein sinnerfülltes Leben führen können (3).

'Morbus Menière' ist eine Krankheit, die durch folgende Symptomtrias gekennzeichnet ist (4, 5):

1. Akute, sich wiederholende Anfälle mit extremem Drehschwindel, die zu Erbrechen führen und den Betroffenen veranlassen, sich hinzulegen und sich möglichst wenig zu bewegen. Sie können nur Minuten aber auch Stunden dauern.
2. Einseitiger Tinnitus (oft Breitbandrauschen oder tiefes Brausen)
3. Hörverminderung des betroffenen Ohres, vorerst bei den ersten Anfällen nur vorübergehend, später bleibt eine (meist Tiefton-)Schwerhörigkeit bestehen.

Die menièreschen Anfälle können sich durch Druck- oder „Wattegefühl“ im Ohr ankündigen, häufig treten sie aber unangekündigt und von den Betroffenen völlig unerwartet auf. Nicht zu wissen ob, wann und wie stark der nächste Anfall kommt, ist sehr belastend für die Betroffenen. Da sie in den Zwischenzeiten gesund wirken, treffen ihre intensiven Anfälle häufig bei den Mitmenschen auf Unglauben oder Unverständnis. Die Betroffenen werden sogar als „sturzbetrunken“ tituiert. Durch die Anfälle werden die Betroffenen aus ihrem beruflichen und sozialen Handlungsumfeld gerissen, leiden sehr unter den Symptomen und entwickeln häufig psychologische Anpassungsstörungen. Bleibt der Tinnitus mehr und mehr bestehen, kann o. g. Tinnitus-Syndrom zusätzlich auftreten.

**Zu einigen Differentialdiagnosen:** Tritt nach einem Druckgefühl nur eine Hörminderung im Tieftonbereich mit einem niederfrequenten Tinnitus auf, und der Schwindel bleibt aus, handelt es sich entweder um eine Vorstufe zu Morbus Menière oder um die neu diskutierte eigene Diagnose 'Fluktuierende Tieftonschwerhörigkeit und -Tinnitus' eigener Genese (6). Erfolgt ein plötzlicher Hörverlust auch die hohen Frequenzbereiche handelt es sich eher um einen 'Hörsturz', unabhängig ob mit oder ohne Tinnitus (6). Es gibt neben dieser angenommenen Einteilung auch die Einschätzung, daß es sich bei Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière um ein und die selbe Erkrankung handeln könne - jeweils nur in unterschiedlicher Ausprägung (in der Reihenfolge ihrer Nennung).

**Angaben zur Epidemiologie:** Nach einer 1999 von der Deutschen Tinnitus Liga veranlassten repräsentativen Erhebung waren im Laufe ihres Lebens ca. 10 Millionen Bundesbürger von Ohrgeräuschen betroffen, die länger als 5 Minuten anhielten (d. h. Vorkommen ca. 1:8). Knapp 3 Millionen hatten zum Zeitpunkt der

Befragung Tinnitus (d. h. Vorkommen ca. 3:80). Davon sind etwa die Hälfte (1,5 Million) von einem mittelgradig bis unerträglichen Tinnitus betroffenen.

Geschätzte Zahlen bezüglich der menièreschen Erkrankung gibt es nicht für die Bundesrepublik, aber für andere europäische Staaten: Großbritannien 1:1000, Schweden 1:2174 und Frankreich 1: 13333 (5).

**Ätiologie:** Beide Störungsbilder können durch eine Vielzahl von Erkrankungen und körperlichen Funktionsstörungen verursacht sein. Die genauen Ursachen lassen sich jedoch nur selten oder nie eindeutig feststellen. Es können somit oft nur Verdachtsdiagnosen für vermutete Entstehungshintergründe gestellt werden (3).

Als Ursachen des Tinnitus gelten (1, 3, 11): Durchblutungsstörungen (Hörsturz), degenerative zentralnervöse Altersprozesse, Streß, Zervikalsyndrom, Knall- und Explosionstrauma, Bruxismus, Zahnerkrankungen, Allergene, Intoxikationen durch bestimmte Medikamente, Drogen, Infektionen und nur in extrem seltenen Fällen Tumore.

Als Ursachen des Morbus Menière gelten (1, 4, 5): Stoffwechselstörungen, Hormonstörungen, vegetative Dysregulationen oder Kreislaufstörungen, Schädelhirntrauma, Knalltrauma, Barotrauma. Hierbei konnten Störungen der Druckverhältnisse der Peri- und Endolympe des Innenohres nachgewiesen werden, die bis zum Hydrops führen können. Im Extremstadium entstehen durch die Erweiterung des endolymphatischen Raumes Zerreißen der zarten Reißnerschen (Innenohr-) Membran. Die folgende Vermischung der Innenohrflüssigkeiten oder das Ausfließen aus der Cochlea führt dann zu Reizungen und Schädigungen der Haarzellen aller Innenohrorgane (Hörorgan und Gleichgewichtsorgane durch u. a. Kaliumintoxikation der Haarzellen bzw. der Nervenfasern, die zu ihnen führen). Im Spätstadium treten morphologische Veränderungen am Cortischen Organ auf: Untergang von Haarzellen, Atrophie von Stützzellen und Verformung der Tektorialmembran.

Die Psyche des Menschen kann über das motorische, physiologische, kognitive und emotionale Verhalten zumindest die Aufrechterhaltung der jeweiligen Symptomatik und seine Verschlechterung im Sinne eines Teufelskreises (s. u.) beeinflussen (8, 9, 10). Bei ungünstiger psychischer Belastungsbewältigungsfähigkeit ('coping skills') wird psychischer Streß sogar als Auslöser oder als eine von mehreren zusammenwirkenden Ursachen i. S. eines 'Diathese-Streß-Modells' wissenschaftlich international verstärkt in den Vordergrund gerückt (2, 8, 10). Das heißt, die Symptomatik ist biologisch prädisponiert. Es besteht eine genetisch bedingte „Schwachstelle“ oder Streßreaktionsspezifität bestimmter Organe, eine Vorschädigung o. ä.. Die Symptomatik wird erst ausgelöst, nachdem psychosozialer Streß eine kritischen Schwelle überschritten hat. So wird Morbus Menière auch mit Migräne verglichen, die psychopathologisch vergleichbar sind (5).

**Somatomedizinische Behandlung:** Die folgenden auf Tinnitus bezogenen Behandlungsansätze werden nach der vorangehenden (Ausschluß-) Diagnostik (u. a. Elektro-Encephalogramm, Kernspin-Tomographie, evozierte Potentiale, Doppler-Sonographie) angewendet (1, 7, 10, 11): Als erste Akutbehandlung zunächst durchblutungsfördernde oral verabreichte Mittel und zusätzlich Infusionstherapien insbesondere bei einem ursächlichem Hörsturz oder einer entsprechenden Verdachtsdiagnose. Zudem werden häufiger Lokalanästhetika, trizyklische Antidepressiva und Tranquilizer verabreicht. In letzter Zeit wird auch wieder die Hyperbare Sauerstofftherapie genutzt. In manchen Fällen können auch operative Maßnahmen insbesondere bei der Otosklerose oder einem sehr seltenen Akustikusneurinom notwendig sein. Eine Hörnervdurchtrennung mit der Folge der einseitigen Ertaubung ist fast immer aussichtslos, weil unabhängig von jeder Ursache sich nach gewisser Zeit immer ein zentraler Tinnitus („Phantomgeräusch“) entwickelt.

Physio- und Manualtherapie bzw. Chiropraktik können bei einem ursächlichen Halswirbelsyndrom oder Bruxismus sinnvoll sein, wobei andererseits von intensiven Massagen häufig medizinisch abgeraten wird.

Die Physikalische Behandlung wird u.a. durch Hörgeräte praktiziert, welche die normalen Außengeräusche verstärken und den Tinnitus dadurch übertönen, bzw. es erleichtern, die Aufmerksamkeit auf andere, als weniger belastend erlebte akustische Reize zu lenken. Selbst bei einer Schwerhörigkeit in bestimmtem Frequenzbereich kann ein spezielles Hörgerät genau diesen Bereich verstärken und dadurch ein in dieser Senke liegendes Ohrgeräusch überdecken. Zudem können Tinnitus-Masker sinnvoll sein, die äußerlich den Hörgeräten ähneln und durch einen Rauschgenerator den Tinnitus akustisch überdecken. Es kann selbst bei einseitiger Hörschädigung (Ertaubung) mit Ohrgeräuschen hilfreich sein, das nicht betroffene Ohr zu maskieren. Speziell bei Schwerhörigkeit kann ein Tinnitus-Instrument Linderung verschaffen, das eine Zusammenfügung eines Maskers und eines Hörgeräts ist.

Sehr häufig werden von den Tinnitusbetroffenen auf ihrer langen Suche nach der ersehnten Heilung auch alternativmedizinische bzw. andere naturheilkundliche Methoden ausprobiert, wie z. B. Akupunktur, Homöopathie, Intravenöse Sauerstofftherapie, Sauerstoffmehrschnitt-Therapie nach Ardenne, Ozon-

Sauerstofftherapie und Hämatogene Oxidationstherapie, Fußreflexzonenmassage, Akupressur, Kinesiologie, Bioresonanztherapie, Phytotherapie, Klangtherapien, Regeneresen, Amalgamentsorgung/Quecksilber-Ausschwemmung, Ernährungsumstellung, Laser-Ginkgo-Therapie, Johanniskrautinfusionen und Schlafmohn. Anerkannte wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit in der Tinnitus-therapie gibt es hier kaum. Allerdings können diese Methoden bei einer individuellen Behandlung eines Betroffenen für eine Verbesserung des Gesundheitszustands sorgen, was zu einem positiveren Allgemeinbefinden und größerer Tinnitusakzeptanz führen kann. Wichtig ist darauf zu achten, daß alternativ orientierte Behandler kompetent und verantwortungsbewußt sind. Leider müssen viele Patienten in ihrem "Diagnostisch-Therapeutischen-Tourismus" die Erfahrung machen, daß hier von unseriöser Seite nicht einhaltbare aber sehr teure Heilsversprechen bezüglich der Ohrgeräuschbeseitigung gegeben werden. Wenn dann die „aufgeflamnte“ neue Hoffnung „erlischt“, ist das darauf folgende seelische Tief um so stärker.

Sehr viele der körperlich orientierten Behandlungsverfahren unterdrücken leider - wenn überhaupt - zu- meist nur kurzweilig den Tinnitus. Die Chance für eine vollständige Genesung nach einer Behandlung ist gering und besteht zumeist nur beim akuten Tinnitus. Bei der stationären Behandlung ist zu berücksichtigen, daß nicht allein die Medikation die Besserung der Tinnitus- oder Hörsturzproblematik verursachen, sondern durch den „Millieuwechsel“. Indem der Betroffene aus seinem ihn belastenden Arbeits-, Familien- oder sonstigen Lebensumfeld genommen wird und für 10 bis 14 Tage im Krankenhaus in die Krankenrolle schlüpfen kann, werden keine belastenden Ansprüche an ihn gestellt, und der Patient kann körperlich und psychisch regenerieren. Eine andere Alternative wird in den USA praktiziert, indem man Betroffene für zwei Wochen mit gutem Erfolg in den Urlaub schickt. Allgemein ist davon auszugehen, daß ein ursächlicher Hörsturz auch ohne Behandlung in über 60% spontan heilt. Es ist dennoch in jedem Falle wichtig, die anerkannten medizinischen Diagnose- und Behandlungsverfahren anzuwenden, auch wenn nicht in jedem Fall ein direkter Erfolg erzielt werden kann. So können einerseits schwerwiegende Ursachen erkannt und ausgeschlossen werden und zum anderen müssen sich die Betroffenen später keine Vorwürfe machen, in der Behandlung etwas versäumt zu haben.

Bei Morbus Menière werden zur direkten Notfallversorgung während eines Anfalls zur Unterdrückung von Übelkeit und Schwindel intravenös antiemetische Mittel (Valium, Torecan oder Vomex) langsam gespritzt. Zusätzlich wird eine kaliumarme Infusion niedermolekularer Dextranen oder Lävulose empfohlen. Vor allem für die ersten Anfälle ist dann ein Krankenhausaufenthalt indiziert. Infusionen zur Kreislauf- und Stoffwechselstabilisierung werden dann neben der Regulierung hormoneller und vegetativer Störungen angewandt. Durch das Einsetzen von Paukenröhrchen können Druckregulierungen im Ohr erreicht werden. Eine operative Kontrolle einer Perilymphfistel kann indiziert sein oder auch eine operative Entlastung des Saccus endolymphaticus. Eine Gleichgewichtsnervdurchtrennung oder Innenohrzerstörung ist wiederum als sehr kritisch zu betrachten, weil neben der zwar erreichten Schwindelbeseitigung aber lang anhaltende Gleichgewichtsstörungen bestehen und das Gehör verloren gehen können (4, 5).

Für die chronischen Tinnitus- und Menière-Patienten reichen die körpermedizinischen Behandlungsformen in sehr vielen Fällen nicht aus. Viele ärztliche und psychologische fachkundige Therapeuten bestätigen dieses und verweisen auf die in letzter Zeit für die Tinnitus-therapie entwickelte psychologischen Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten (1, 2, 3, 5, 10, 11).

**Psychologische Behandlung:** Die Behandlung von Tinnitus und Morbus Menière (sowie Hörsturz!) sollte bei schweren und chronischen Formen in einer Kombination medizinischer und psychologischer Therapie bestehen. Nach den wesentlichen diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen sollte bei Mißerfolg bzw. gebliebenen Leidensdruck die Behandlung zunehmend ganzheitlich ausgerichtet werden. Dabei muß der Patient eigenverantwortlich in das praktische psychologische Vorgehen einbezogen werden und lernen, Einfluß auf seine Symptomatik zu gewinnen und zu seiner Lebensqualität (zurück?!) zu finden (3, 5, 10, 11). Die Behauptung, es gäbe eine "Tinnitus-Persönlichkeit", die zur Ausbildung eines Tinnitus neigt, ist wissenschaftlich nicht nachgewiesen und wäre auch durch den etikettierenden und Schuld zuweisenden Charakter nicht gerade nützlich für die betroffenen Menschen. Die eigenverantwortliche Einbeziehung des Betroffenen in den therapeutischen Prozeß meint vielmehr, daß nicht der Therapeut den Patienten „repariert“, sondern, daß der Betroffene „Hilfe zur Selbsthilfe“ erhält (10).

Dabei versteht sich 'Psychotherapie' nicht ausschließlich als die Behandlung der Psyche, sondern als die Behandlung mit psychologischen Mitteln sowohl der Psyche als auch des Körpers, denn sie übt nachweisbar ebenso spezifische positive Einflüsse direkt auf physiologische Vorgänge aus. Das heißt für die Betroffenen, die eine Psychotherapie machen, daß sie zum einen mit psychischen Mitteln die Krankheits- und Streßbewältigung erreichen können. So ist es beispielsweise für einige wichtig zu lernen, Ablenkungsstrategien zu entwickeln, ihre Ängste und depressiven Reaktionen infolge des Auftretens der Symptomatik

abzubauen oder Hintergrundprobleme/-konflikte zu lösen (3, 10, 11). Zum anderen können mit psychologischen Mitteln aber auch sehr wirksame und direkt auf das Krankheitsgeschehen bzw. das Symptom bezogene Effekte erreicht werden. Mit Entspannungsverfahren und Selbsthypnosen kann genesender Einfluß auf Durchblutung, Muskeltonus, Hyperarousal, Immun- und vermutlich auch Lymphsystem erreicht werden (6, viele praktische Anwendungen nach dem verhaltensmedizinisch-hypnotherapeutischen Behandlungskonzept des Zweitautors „Ambulantes Selbst-Management bei Tinnitus, Hörsturz und Schwindel“ können Sie hierzu 10 entnehmen). Oft wird durch die beginnenden erfolgreichen Behandlungsschritte in der Psychotherapie von den Betroffenen erstmals wieder das Gefühl der eigenen Kontrolle über sich und die Symptome erlebt. Denn sowohl die Einschätzung des Erlebens (Grad der Belastung) als auch der Wahrnehmung (Grad der Lautheit) der Ohrgeräusche sind in starkem Maße von der Psyche beeinflussbar (3). Durch Streßbewältigung und regelmäßige Entspannungsphasen außerhalb der Anfallsphasen lassen sich die zeitlichen Zwischenräume der Menière-Anfälle strecken (ähnlich wie bei Migräne) und somit ein erhöhtes Empfinden eigener Kontrollierbarkeit der Symptomatik, was eine depressive Reaktion verhindert oder abbaut (5, 8).

Weltweit haben sich bisher nur wenige Forschergruppen mit Psychotherapie beim komplexen chronischen Tinnitus befaßt. Die auf ihre Wirksamkeit überprüften einzelnen Therapieverfahren, wie u.a. Progressive Relaxation, Hypnose oder Biofeedback, Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, zeigten nur begrenzten Wert. Dagegen haben integrative Therapieansätze eine relativ hohe Erfolgsquote bei ca. 2/3 der Tinnitusbetroffenen (2, 3, 7, 10).

Die Patienten durchlaufen in Kliniken mit diesem integrativen Therapieansatz erst eine Tinnitus-Informationsphase und erlernen danach ein Entspannungsverfahren. Verhaltenstherapeutische und kognitive Therapieverfahren werden integriert mit emotionsorientierter Therapie und nichtsprachlichen Verfahren, wie Gestaltungstherapie und körperwahrnehmungsbezogenen Übungen. Es gibt sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Vorgehensweisen, in denen speziell auf die individuellen Belange des einzelnen Patienten eingegangen wird. Das integrative Vorgehen führt im stärkeren Maße zur dauerhaften Abnahme der Lautheit und Unannehmlichkeit von Ohrgeräuschen und einer Steigerung der eigenen Kontrolle und Beeinflussung des Tinnitus. Auch psychische Begleit- und Folgestörungen wie Depressionen und Ängste nehmen infolge der integrativen Psychotherapie merklich ab (2).

Bezüglich psychologischer Behandlung von Menschen mit Morbus Menière gibt es bislang wenig publizierte Erfahrungen und Untersuchungen. Die Einschätzung einiger fachkundiger Autoren, daß Morbus Menière als psychosomatische Erkrankung gelten müsse, die psychopathologischen Übereinstimmungen mit Migräne, beschriebene Erfolge in der gesteigerten Bewältigungsfähigkeit nach stationärer Therapie in psychosomatischen Kliniken und wenige eigene - aber positive - ambulant-psychotherapeutische Erfahrungen mit diesen Patienten weisen auf die Wichtigkeit hin, das psychologische Mitbehandlung dieser leidenden Patienten sehr sinnvoll ist (8).

Ein einmal entstandener Tinnitus oder Morbus Menière kann sich in Form eines „Teufelskreis“ selbst verstärken (8): Wirken sich die Symptome sehr belastend auf das psychische Befinden aus, so entwickeln sich hieraus Begleitstörungen wie z. B. Ängste, depressive Reaktionen, öfter auch Ein- und Durchschlafstörungen. Zudem wird dieser Streß (im Sinne belastender Gefühle) noch "gespeist" von aktuellen und chronischen Belastungen sowohl durch Alltagsstreß als auch durch Hintergrundprobleme (z. B. soziale Phobien, Major Depression, Selbstwertproblematik, unverarbeitete einschneidende Lebensereignisse wie Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust o. ä., Posttraumatische Belastungsstörung). Bei häufig auftretendem oder aber bei chronischem Streß kommt es zur körperlichen und psychischen Daueranspannung, die wiederum bei einer Organschwäche zur Überbeanspruchung dieser „Sollbruchstelle“ führt. Ebenso kann eine vegetative Hyperreagibilität bestimmter körperlicher Prozesse die jeweilige Symptomatik auslösen oder sie verstärken (z. B. Nacken- oder Kiefermuskelferspannungen führen über Reflexbahnen zu Tinnitus). Dieser "Teufelskreis" führt nicht nur in eine Richtung, sondern es ist denkbar, daß er sich gegenseitig in beide Richtungen aufschaukelt. Zudem wird in diesem Kreislauf deutlich, daß auch eine direkt die Symptomatik auslösende Wirkung des Stresses möglich wäre. Um aus diesem "Teufelskreis" heraus zu gelangen, muß die psychologische Behandlung für die Selbsthilfe die Wirkungszusammenhänge bewußt machen, unterbrechen und positiv verändern, damit dieser sich aufschaukelnde Teufelskreislauf unterbunden wird.

Allerdings dauert es bisher durchschnittlich 8 Jahre (!), bis psychische Anteile psychosomatischer Erkrankungen erkannt werden. Die Betroffenen haben häufig eine hohe Hemmschwelle, eine psychosomatische Klinik oder einen niedergelassenen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten aufzusuchen. Dabei haben unsere Mitarbeiter und wir in einer eigenen laufenden Studie in einer HNO-Abteilung eines Hamburger Krankenhauses die Erfahrung gemacht, daß bereits während der medizinischen Akutbehand-

lung eine psychologische Unterstützung als hilfreich sowohl von den Betroffenen als auch von den behandelnden Ärzten erlebt wird (8).

Die psychotherapeutischen Praxiserfahrungen zeigen, daß viele Betroffene, die sich zur psychologischen Behandlung entschlossen haben, anfangs ausschließlich über die Symptomatik klagen und bekunden, andere Probleme gäbe es „eigentlich“ überhaupt nicht. „Wenn nur die Symptomatik nicht wäre, wäre ich der glücklichste Mensch der Welt!“ wird sehr oft geäußert. Werden in der Psychotherapie mit dem Patienten gemeinsam relevante lebensgeschichtliche und aktuelle Zusammenhänge des Erlebens und Verhaltens mit der Symptomatik herausgefunden, kann er meist aus einer neu gewonnenen Perspektive heraus auch einen gewissen Vorteil erkennen. D. h. die Symptomatik veranlaßt den Betroffenen, sich (häufig erstmals!) näher mit sich selbst, den Gedanken, Gefühlen, der Biographie, dem Lebensstil und dem menschlichen Miteinander auseinanderzusetzen. Im Laufe dieses therapeutischen Prozesses wird die Symptomatik dann sehr häufig sogar rückwirkend als ein auch sinnvoller Anlaß dafür betrachtet, längst bestehende Probleme oder Konflikte zu lösen, wichtige Entscheidungen zu treffen und zukünftig besser für sich zu sorgen bzw. bewußter und streßfreier zu leben. Früher oder später können die allermeisten Patienten diesem häufig ständigen Begleiter positive Seiten abgewinnen und ihn durch diese veränderte Einstellung leichter akzeptieren. Einige Betroffene sprechen am Ende einer Psychotherapie sogar von einem bewußteren und erfüllenderen Leben mit der Symptomatik als vor deren Auftreten. Die Psychologen nennen dieses Behandlungsziel „Kognitive Umstrukturierung“. Die Symptomatik ist nun nicht mehr der „große Feind“, den man „ohne Rücksicht auf Verluste bekämpfen“ will oder dem man sich „unterwerfen muß“, sondern eher eine „nützliche Alarmanlage“, die sich einerseits bei Gefahren (z. B. Überforderung, unbeachtete Probleme und Konflikte) bemerkbar macht und andererseits nach Wiedererarbeitung einer gesteigerten Lebensqualität mehr und mehr in den Hintergrund tritt (9).

## **Literatur**

1. Feldmann H et al. (Hrsg.): Tinnitus. Thieme, 1992.
2. Goebel G: Tinnitus. Verhaltenstherapie in der Medizin, Hand I et al. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Medizin. Springer, 1989.
3. Goebel G (Hrsg.): Ohrgeräusche, Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz, 1992.
4. Plath P (Hrsg.): Lexikon der Hörschäden. Gustav Fischer, 1995.
5. Schaaf H: Morbus Menière. Krieg im Innenohr. Springer 1995.
6. Schaaf H et al.: Nicht Hörsturz - nicht Menière. Tinnitus-Forum 2/97.
7. Schildt A: Diagnostik, Therapie und Selbsthilfe beim 'komplexen chronischen Tinnitus'. Unveröffentlichtes Manuskript zum Vortrag auf dem Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 1992.
8. Schildt A: Hörsturz, Tinnitus und Morbus Menière - Eine Evaluationsstudie verhaltensmedizinische Interventionen während der medizinischen Akutbehandlung. Dissertation i. Vorb. Universität Hamburg.
9. Schildt A, Tönnies S: Diagnostik und Therapie des „komplexen chronischen Tinnitus“. Prävention, Therapie, Rehabilitation 3/96.
10. Schildt A: Ausgeglichen und gelassen bei Tinnitus. Falken, 1998.
11. Tönnies S: Leben mit Ohrgeräuschen. Asanger, 1996.

## **Anschrift der Verfasser**

PD Dr. Sven Tönnies u. Dipl.-Psych. Axel Schildt  
Psychologische Psychotherapeuten  
Universität Hamburg  
Psychologisches Institut III  
Von-Melle-Park 5  
D-20146 Hamburg