

Kognitive Therapie des chronischen dekompensierten Tinnitus

Zusammenfassung

Chronische Ohrgeräusche führen bei vielen Menschen zu erheblichen emotionalen Schwierigkeiten. Es gibt derzeit keine effektive medizinische Behandlungsmöglichkeit, die zu einer Reduktion der *chronischen* Ohrgeräusche führt. Leidet der Tinnitusbetroffene im starken Maße unter Ohrgeräuschen, können psychologische Interventionen helfen, die subjektive Tinnitusbelästigung zu verringern. Für viele Psychotherapeuten sind Tinnitusbetroffene jedoch unangenehme Patienten, da sie sehr häufig zunächst auf die organische Symptomatik eingeengt sind. Kenntnisse über typische kognitive Hintergründe, die zu einer Fehlverarbeitung des Tinnitus führen können, helfen zum einen, Verständnis für den Betroffenen zu entwickeln und bieten zum anderen Ansatzpunkte für eine effektive Behandlung. In diesem Beitrag werden die wichtigsten kognitiven Merkmale Tinnitusbetroffener zusammengefasst und zugleich der Prozess der kognitiven Umstrukturierung, speziell bei Tinnitusbetroffenen, dargestellt.

Schlüsselwörter

Tinnitus · Kognitive Therapie · Psychotherapie

Chronische Ohrgeräusche sind weit verbreitet und werden von etwa 14–17% der Bevölkerung berichtet. In Einzelfällen lassen sich eindeutige medizinische Erklärungen finden (z. B. Akustikusneurom, Hörsturz), jedoch ist dies eher selten. Während ein Großteil der Betroffenen sich dadurch kaum gestört oder beeinträchtigt fühlt, leiden etwa 0,5–2,4% in erheblichem Maße unter den permanenten Ohrgeräuschen (Coles 1984). Eine Studie der Deutschen Tinnitus Liga liefert erstmals repräsentative Daten über die Verbreitung von chronischen Ohrgeräuschen in Deutschland. Danach hat der Tinnitus für etwa 1,5 Mio. Menschen in Deutschland Krankheitswert. Sie leiden somit unter dem so genannten *chronischen, dekompenzierten Tinnitus* (Pilgramm et al. 1999). Diese Patienten geben an, sich aufgrund der Ohrgeräusche hilflos, depressiv und reizbar zu fühlen. Sie leiden unter Schlafstörungen, Hörproblemen, Konzentrationsstörungen und haben Schwierigkeiten, sich zu entspannen. Diese Patientengruppe hat, in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe, eine hohe Prävalenz depressiver Störungen, Angststörungen und somatoformer Störungen (Goebel u. Fichter 1999; Svitak 1998).

Während für die Behandlung des akuten Tinnitus medizinische Behandlungsangebote bestehen, gibt es bis dato keine medizinischen Therapien, die ein Verschwinden der *chronischen* Ohrgeräusche bewirken. Psychologische Interventionen, in Kombination mit medizinischen Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Masker, Breitbandrauschgerät im Rahmen der Tinnitus-Retraining-Therapie),

konzentrieren sich deshalb auf die Verbesserung der Bewältigungsfertigkeiten der Betroffenen, durch (1) eine Entkatasrophisierung der Tinnitus-symptomatik, (2) die bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung und (3) den Erwerb von Copingfertigkeiten (z. B. Ablenkung, positive Selbstverbalisation). Ziele sind eine Verringerung der sekundären psychischen Symptomatik, eine Unterstützung des Habitationsprozesses und damit eine Erhöhung der Tinnitusakzeptanz. Bei vielen Psychotherapeuten gelten Tinnitusbetroffene als wenig motivierte Patienten, da sie sehr oft zunächst auf die organische Symptomatik eingeengt sind. Dies liegt jedoch häufig daran, dass Betroffene oftmals von inflexiblen Behandlungsangeboten enttäuscht wurden, bei denen Patentlösungen angeboten wurden, ohne die individuellen Bedingungsfaktoren und Behandlungserwartungen zu berücksichtigen. Die Patienten erweisen sich meist als sehr motivierte und dankbare Patienten, wenn die einzelnen Faktoren, die zur Entstehung und Chronifizierung der Tinnitusbelastung beitragen, sorgfältig eruiert werden. Kenntnisse über kognitive Hintergründe, die zu einer Fehlverarbeitung des Tinnitus führen, können helfen Verständnis für den Betroffenen zu entwickeln und bieten gleichzeitig Ansatzpunkte für eine effektive Behandlung.

Neue Erkenntnisse zu den beteiligten kognitiven Prozessen beim dekompenzierten Tinnitus weisen darauf hin, dass kognitive Prozesse beim dekom-

Dr. M. Svitak
Jensenstraße 4B, 83209 Prien
E-Mail: michaelsvitak@gmx.de

Cognitive therapy of chronic tinnitus

Abstract

Chronic ear noises lead to severe emotional disturbances in many individuals. At the moment, it is not possible to treat chronic tinnitus effectively on a medical basis. If the individual suffers strongly, psychological interventions can help reduce the degree of subjective tinnitus annoyance. Psychotherapists are often insecure when treating tinnitus sufferers, because of their tendency to strongly focus on the chronic ear noises. Knowledge about typical dysfunctional beliefs and systematic cognitive mistakes, that hinder the habituation process in tinnitus sufferers, help understand the patient and help find an anchor point for reducing tinnitus annoyance. In this paper, the most important cognitive characteristics of tinnitus sufferers are summarised and the cognitive modification process is systematically described.

Keywords

Tinnitus · Cognitive therapy · Psychotherapy

Originalien

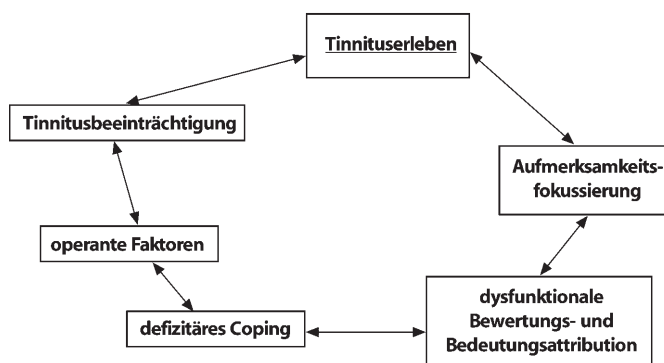


Abb. 1 ▲ Teufelskreis der Tinnitusbelastung (Mertin u. Kröner-Herwig 1997)

pensierten Tinnitus in den bisherigen Behandlungskonzepten nicht ausreichend berücksichtigt werden (Svitak 1998). Um praktisch arbeitenden Therapeuten eine Orientierungshilfe für die kognitive Arbeit mit Tinnitusbetroffenen zu geben, sollen in diesem Beitrag hilfreiche Interventionen zusammengefasst werden, mit denen kognitive Bedingungsfaktoren der subjektiven Tinnitusbelastung erhoben und verändert werden. Nach einem kurzen Überblick über die zugrunde liegende Literatur werden die einzelnen Schritte der kognitiven Umstrukturierung bei Patienten mit dekompenziertem Tinnitus dargestellt.

Kognitive Prozesse beim dekompenzierten Tinnitus

Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der subjektiven Tinnitusbelastung machen dysfunktionale Bewertungen, eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Tinnitus sowie eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen verantwortlich für den persistierenden Leidensdruck (Mertin u. Kröner-Herwig 1997; Hallam 1989; Goebel u. Fichter 1999; Abb. 1).

In empirischen Studien mehrten sich die Hinweise, die die besondere Bedeutung dysfunktionaler Bewertungsmuster bei Patienten mit dekompenziertem Tinnitus betonen. Übereinstimmend konnten unterschiedliche Forschergruppen zeigen, dass Patienten mit dekompenziertem Tinnitus dazu neigen, ihre Ohrgeräusche zu katastrophisieren oder aversiv zu bewerten (Hallam et al. 1984; Gefken u. Kurth 1992; Svitak 1998) und gleichzeitig ihre eigenen Tinnitusbewältigungsfertigkeiten als wenig effizient einschätzen (Scott et al. 1990; Budd

u. Pugh 1995; Kirsch et al. 1989). Scott et al. (1990) finden Hinweise, dass die kognitive Bewertung der Kontrolle über den Tinnitus den Gewöhnungsprozess positiv beeinflusst und die Tinnitusbelastung mit der Einschätzung der tinnitusspezifischen Selbstwirksamkeit negativ korreliert (Kirsch et al. 1989). Budd und Pugh (1995) finden bei 101 Patienten einer Tinnitusambulanz ebenfalls einen korrelativen Zusammenhang zwischen der subjektiven Tinnitusbelastung und der internalen Kontrollüberzeugung. Gefken und Kurth (1992) sehen Gefühle der Hilflosigkeit und geringes Vertrauen in eigene Bewältigungskompetenzen sogar als eine Hauptursache für die Chronifizierung der Belästigung. Eine amerikanische Therapieevaluationsstudie erbrachte zudem, dass weniger die tatsächlichen Bewältigungsfertigkeiten als die Copingüberzeugungen die subjektive Tinnitusbelastung determinieren (Jakes et al. 1986). Es kam bereits vor Beginn der therapeutischen Phase, allein durch die Lektüre von Informationen zur Tinnitusbewältigung, zu einer Reduktion der Tinnitusbeeinträchtigung. Copingfertigkeiten in der Interventionsphase zu erlernen und einzuüben hatte keinen weiteren Effekt.

Dieser dysfunktionale Bewertungsstil scheint nicht nur auf die Tinnitus-symptomatik beschränkt zu sein. Komorbiditätsstudien finden eine hohe Inzidenz somatoformer Störungen bei Tinnitusbetroffenen (Goebel u. Fichter 1999). Ein Hinweis, dass dieser Bewertungsstil sich auch auf die Verarbeitung anderer körperlicher Symptome erstreckt. In einer eigenen Untersuchung verglichen wir Personen mit dekompenziertem Tinnitus und Personen mit kompensiertem Tinnitus bezüglich kognitiver Aspekte. Die Studie ergab, dass

Tabelle 1

Entstehung der Tinnitusbelastung nach dem kognitiven Ansatz (ABC-Schema von Ellis 1997)

Auslöser	Bewertungen	Konsequenzen
Wahrnehmung des Tinnitus	Falsche Informationen zum Tinnitus (z. B. „Der Tinnitus ist Vorbote eines Herzinfarkts“)	Gesundheitsängste, Suche nach ärztlicher Rückversicherung
	Irrationale Überzeugungen (z. B. „Nur Gesunde sind erfolgreich“)	Verunsicherung, Inanspruchnahme unsinniger medizinischer Maßnahmen
	Ungünstige Grundannahmen (z. B. „Ich bin nicht belastbar“)	Niedergeschlagenheit, Kränkung
	Negatives Selbstkonzept (z. B. „Ich bin ungenügend und werde deshalb von anderen nur geduldet“)	Selbstzweifel, Rückzug
	Negative Zukunftserwartungen (z. B. „Irgendwann bricht alles zusammen“)	Erwartungsängste, dauernde Anspannung
	Kognitive Verzerrungen (z. B. dichotomes Denken: „ich muss 100%ig fit sein, um mein Leben zu meistern“)	Angst, Anspannung

Personen mit dekompenziertem Tinnitus auch andere körperliche Signale katastrophisieren und sich ihnen gegenüber als hilflos einschätzen. Auch zeigten sie deutlich mehr hypochondrische Tendenzen wie Krankheitsängste und Krankheitsüberzeugungen. Schließlich zeigte sich das Muster auch bei der Bewertung alltäglich belastender Ereignisse („daily hassles“). Diese werden von den Betroffenen, im Gegensatz zu Tinnitusbetroffenen mit kompensiertem Tinnitus als sehr aversiv wahrgenommen (Svitak 1998).

Der kognitive Ansatz beim dekompenzierten Tinnitus

Grundlage der folgenden Darstellungen bilden die Rational-Emotive Therapie nach A. Ellis (1997), die kognitive Therapie nach Beck (1979) sowie Elemente aus dem Stressimpfungstraining von Meichenbaum (1991). Einen hilfreichen Überblick über Methoden der kognitiven Umstrukturierung gibt Beate Wilken (1998).

Die zentrale Idee des kognitiven Ansatzes heißt, auf die Behandlung der Tinnitussymptomatik angewendet, dass das Ausmaß der individuellen Belastung nicht so sehr von der Qualität der Geräusche abhängt, sondern ungünstige

Einstellungen oder kognitive Prozesse die individuelle Tinnitusbelastung moderieren. Dabei können kognitive Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen die Tinnitusbelastung beeinflussen. Tinnituspezifische Gedanken (z. B. „Der Tinnitus ist der Vorbote eines Herzinfarkts“), können den Betroffenen sehr ängstigen und einem Gewöhnungsprozess entgegenwirken. Auf der Ebene der Grundannahmen können überdauernde Einstellungen, die durch die Tinnitus-symptomatik aktualisiert werden (z. B. „Ich bin nicht gut genug“), den subjektiven Leidensdruck aufrechterhalten. Kognitive Verzerrungen (Beck 1979), wie absolutes Denken (z. B. „Ich muss immer uneingeschränkt belastbar sein“) können Druck und Anspannung verursachen und ebenfalls die Bewältigung erschweren. In Tabelle 1 sind weitere kognitive Prozesse aufgelistet, die zu einem dekompenzierten Tinnitus führen können. Die Modifikation dieser kognitiven Prozesse ist Gegenstand der kognitiven Therapie beim dekompenzierten Tinnitus und wird im Folgenden dargestellt.

Praktische Vorgehensweise

Bevor mit der psychotherapeutischen Arbeit begonnen werden kann, sollten alle medizinischen (diagnostische und

therapeutische) Maßnahmen, in Zusammenarbeit mit einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt, in Erwägung gezogen werden. Einen Überblick über die unbedingt notwendigen differentialdiagnostischen Maßnahmen bietet Goebel (1997). Dabei ist ein pragmatisches Vorgehen sinnvoll, nach dem Motto: „Was dem Patienten hilft, sollte verwendet werden“. Insbesondere die Notwendigkeit eines Hörgeräts auch zur natürlichen Tinnitusmaskierung durch Umgebungsgeräusche oder die Verwendung eines Tinnitusmaskers (Rauschgenerator) sollte abgeklärt werden. Derzeit populär ist die Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT), die mit einer Kombination von Breitbandrauschen und ergänzenden, direktiven Beratungsgesprächen (Counseling) versucht, eine Minimierung des Tinnitus zu erreichen. Das Breitbandrauschen soll die Detektion des Tinnitus erschweren und ihn so langsam löschen. Die Beratungsgespräche, zunächst als Ergänzung gedacht (4–6 Sitzungen in 2 Jahren), sind dabei zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und werden teilweise ungerechtfertigterweise als kognitive Therapie bezeichnet. In der allgemeinen Diskussion über die Wirksamkeit der Tinnitus-Retraining-Therapie wird zunehmend deutlich, dass der zentrale Wirkfaktor die Einstellungsänderungen der Betroffenen sind (Wilson et al. 1998). Diesen Erkenntnissen Rechnung tragend, etabliert sich in Deutschland eine Arbeitsteilung zwischen HNO-Ärzten, die sich um die apparative Versorgung kümmern und Psychotherapeuten, die für die kognitive Arbeit mit dem Patienten zuständig sind. Die nachfolgende Beschreibung der kognitiven Arbeit kann mit den angebotenen medizinischen Maßnahmen gut kombiniert werden.

Vermittlung des kognitiven Modells

Die Phase der kognitiven Vorbereitung ist die Basis der weiteren kognitiven Arbeit und damit von großer Wichtigkeit. In der Regel sehen Tinnitusbetroffene die emotionalen und verhaltensmäßigen Reaktionen als direkte und einzige Konsequenz der organisch bedingten Tinnitusbelastung. „Durch den Tinnitus bin ich nicht mehr belastbar. Ich kann nicht mehr schlafen. Erst wenn der Tinnitus weg geht, kann es mir wieder bes-

Tabelle 2

ABC-Schema (Ellis 1997) eines Klienten mit dekompenziertem Tinnitus

Auslöser	Bewertungen	Konsequenzen (C)	
		Gefühle	Verhalten
Wahrnehmung des Tinnitus	„Der Tinnitus ist ein Infarkt im Ohr, habe ich gelesen – dann ist der Herzinfarkt und Tod nicht mehr weit – was wird aus meiner Familie? Nach einem Infarkt im Ohr ist es nicht mehr weit, bis man unter der Erde liegt.“	Ängste, Niedergeschlagenheit	Fokussierung auf körperliche Signale, Inanspruchnahme medizinischer Therapien

ser gehen“, sind typische Sätze zu Beginn einer Therapie. Die einzige Möglichkeit, ihre Beschwerden zu lindern, sehen die Patienten logischerweise in einer Beseitigung der organischen Störung.

Die langsame Erweiterung des rein somatischen Modells hin zu einem psychosomatischen Modell, ist die Herausforderung der ersten Therapiephase. Der Therapeut sollte sich Zeit lassen, zusammen mit dem Patienten das Störungsmodell (s. Abb. 1) durch Einbeziehung der individuellen Äußerungen des Patienten zu erarbeiten. Dabei ist es wichtig, für das zu Beginn vorhandene somatische Störungsmodell des Patienten Verständnis zu haben. Es muss klar sein, dass die angebotene Therapie zwar keinen Einfluss auf die neurophysiologische Schädigung hat, jedoch das Ausmaß der psychischen Belastung beeinflussen kann. Wird diese Phase der Therapie übergangen, wird sich der Betroffene in jedem Fall unverstanden fühlen.

Die Einführung des kognitiven Modells beginnt im Erstgespräch, bei dem der Therapeut durch Nachfragen und explizite Formulierung der vom Klienten geäußerten Gedanken, die Wichtigkeit dieser Bewertungen für das *individuelle Erleben* der Ohrgeräusche unterstreicht. Zusätzlich wird der Klient angeleitet, exemplarisch Situationen nach dem ABC-Schema von Ellis (1997) zu unterteilen (Tabelle 2). Mitunter kann es günstiger sein, das kognitive Modell an alltäglichen Beispielen zu demonstrieren, die illustrieren, wie Gedanken die Wahrnehmung von Situationen und Sinnesreizen beeinflussen. Ein leicht verständliches Beispiel ist die unterschiedliche Störung durch Lärm vom Nachbarn in Abhängigkeit von der vor-

genommenen Bewertung (z. B. „Gut, dass er den Rasen mäht, das sieht gleich ordentlicher aus“ oder „Der hat sicher nur gewartet, bis ich nach Hause komme, um mit seiner Lärmbelästigung zu beginnen“).

Die zentrale zu vermittelnde Idee ist, dass nicht der Tinnitus zwangsläufig extrem störend ist und zu sekundären psychischen Symptomen führt, sondern diese Konsequenzen im Rahmen der zugrunde liegenden Annahmen und Erwartungen zu sehen sind. Diese Sichtweise ist einerseits unangenehm, weil sie eine Externalisierung des Problems unmöglich macht (z. B. „Der Tinnitus ist an allem Schuld“), bietet andererseits jedoch Ansatzpunkte für eine Veränderung der Auswirkungen.

Sammlung von dysfunktionalen Gedanken

Diese Phase kann als gemeinsamer Suchprozess angesehen werden, bei dem der Therapeut den Tinnitusbetroffenen hilft, destruktive oder hinderliche Gedanken zu erkennen und zu ordnen. Da viele relevante Gedanken nicht bewusst sind („automatische Gedanken“), ist es zunächst schwierig für den Patienten, Gedanken als solche zu bemerken (z. B. „Da habe ich nichts gedacht – da wusste ich, ich bin verloren und ich werde wegen des Tinnitus nicht mehr mithalten können“). Ausgehend von solchen Aussagen können die darin enthaltenden Annahmen über den Tinnitus und die eigene Person eruiert werden. Durch wiederholtes Nachfragen und genaues Explorieren gelingt dies den meisten Betroffenen rasch besser. Dabei können die Annahmen über den Tinnitus (z. B. „Der Tinnitus ist Vorbote eines Infarkts“), aber auch allgemeine ungünstige Annahmen und Schemata (z. B. „Ich muss immer gesund bleiben, sonst versage ich“) gesammelt und ihr Einfluss auf die Tinnituswahrnehmung thematisiert werden. Das Wort dysfunktional ist für Patienten meist zu abstrakt und kann durch andere Begriffe wie „wenig hilfreich“ oder „destruktiv“ ersetzt werden. Häufige Fragen in dieser Phase können sein „Ist das ein Gedanke, der hilfreich

Tabelle 3

Übungen und Techniken zur Exploration von dysfunktionalen Gedanken bei Tinnitusbetroffenen

Hilfreiche Übungen und Techniken

- Nach der Exploration von Gefühlen auf die moderierenden Gedanken schließen
- Protokoll der Stunde vom Patienten auf destruktive Gedanken hin analysieren lassen (per Video)
- Gedanken einer Person, die mit den Ohrgeräuschen zu leben gelernt hat und Gedanken eines verzweifelten Tinnitusbetroffenen gegenüberstellen
- Sätze auflisten, die im Alltag Druck machen
- Items des Tinnitusfragebogens ansehen
- Rollenspiel: Dialog mit dem Tinnitus führen
- Hausaufgaben: Gedankenprotokoll führen und aktuell belastende Situationen nach dem ABC-Schema auflösen
- Vorstellungsübungen, in denen der Klient sich möglichst genau die problematische Situation vorstellt
- Satzergänzungstechnik: Halbsätze und Andeutungen aussprechen lassen oder selbst weiterführen
- Klienten Vermutungen anstellen lassen, welche automatischen Gedanken die Reaktion auslösen könnten
- Grundannahmen werden deutlich, wenn man eine Sammlung von Situationen thematisch ordnet und nach Überschriften sucht (z. B. „Ablehnung verhindern“ oder „der Beste sein“)

Tabelle 4

Vier Grundkategorien irrationaler Bewertungen nach Ellis (1997)

Irrationale Bewertungen	Beispiele für Tinnitusbetroffene
Absolute Forderungen (Mussgedanken)	„Ich muss unanfechtbar sein und von allen Anerkennung bekommen. In der Arbeit muss alles einwandfrei laufen, sonst geht mein Leben den Bach runter. Ich muss absolut fit sein, um das Leben erfolgreich zu meistern.“
Globale negative Fremd- und Selbstbewertungen	„Ich bin nicht gut genug. Anderen fällt alles in den Schoß, weil sie nicht so eine miserable Kindheit hatten.“
Katastrophendenken	„Der Tinnitus wird mein Leben zerstören. Es ist auf Dauer zu anstrengend gewesen, jetzt rächt es sich und ich werde einen Herzinfarkt bekommen. Alles geht kaputt. Ich bin am Ende.“
Niedrige Frustrationstoleranz	„Wenn der Tinnitus nicht weggeht, dann wäre das nicht zu ertragen. Ich könnte das nicht aushalten.“

ist/Ihnen Druck nimmt/Ihnen weiterhilft?“, um den Patienten für die Wirkung eigener Gedanken zu sensibilisieren. In Tabelle 3 sind weitere Techniken zum Auffinden dysfunktionaler Kognitionen bei Tinnitusbetroffenen aufgelistet (in Anlehnung an Wilken 1998, s. auch Hallam 1989).

Auffallend sind häufige irrationale Bewertungen (z. B. absolute Forderungen) und systematische Denkfehler (z. B. selektives Verallgemeinern) bei Patienten mit dekompensiertem Tinnitus. Ellis (1997) benennt typische irrationale Bewertungen, die auch bei Tinnitusbetroffenen zur Aufrechterhaltung der subjektiven Tinnitusbelastung beitragen. In Tabelle 4 sind Beispiele von Tinnitusbetroffenen unserer Klinik aufgelistet. Von besonderer Bedeutung sind „Katastrophendenken“ (oftmals depressionsbedingt) und „absolute Forderungen“, die den Patienten unter Druck setzen und somit einer Tinnitusakzeptanz entgegenstehen.

Beck (1979) listet systematische Denkfehler auf, die ebenfalls bei Tinnitusbetroffenen zum Tragen kommen und vom Betroffenen oftmals als solche nicht erkannt werden. Solche Denkfehler (z. B. „Mit so einem Tinnitus kann man nicht abschalten. In meinem Beruf wird nur Hundertprozentiges toleriert. Außerdem wird der Tinnitus täglich lauter“) stehen zunächst als Tatsache im Raum. In Tabelle 5 sind prototypische

systematische Denkfehler von Tinnitusbetroffenen aufgelistet. Ähnliche Beispiele finden sich als Items im Tinnitus-Fragebogen (TF; Goebel u. Hiller 1998).

Ein Modell, das hilft, die verschiedenen Ebenen dysfunktionaler Bewertungen überschaubar und hierarchisch

zu gliedern, bietet Judith Beck (Abb. 2). Es wurde für die Arbeit mit Tinnitusbetroffenen von den Autoren leicht modifiziert. Die explorierten Annahmen können anhand dieses Modells hierarchisch geordnet werden. Dabei ist es sinnvoll, bei der Sammlung von problematischen Situationen zu beginnen und diese thematisch zu bündeln, um prototypische Auslösersituationen herauszufinden. Erst dann werden die höheren Ebenen (Grundannahmen, kompensatorische Strategien) gemeinsam erarbeitet. Zumeist reagieren Klienten sehr positiv auf dieses Modell, da es eine Struktur schafft, die dem Patienten auch in neuen Situationen hilft, die auftretenden Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu ordnen.

Modifikation dysfunktionaler Gedanken

Nach dem sich Klient und Therapeut einen Überblick über die vorhandenen Bewertungsmuster verschafft haben, wird damit begonnen, die Annahmen des Patienten zu hinterfragen. Vor Beginn dieser Phase sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein, die wiederholt überprüft werden müssen:

Tabelle 5

Systematische Denkfehler von Tinnitusbetroffenen nach Beck (1979)

Systematische Denkfehler	Beispiele
Willkürliches Schlussfolgern	„Wenn es in der Arbeit Bessere gibt, dann stehe ich als inkompetent da und mein Leben wird den Bach runter gehen. Mit Tinnitus ist man nicht leistungsfähig. Der Tinnitus ist schuld an allem.“
Selektives Verallgemeinern	„Dass ein studierter Betriebswirt eingestellt wird, macht deutlich, dass die nur darauf warten, mich los zu werden. Auch die Ärzte nehmen mich nicht ernst – mein Hausarzt kannte den Tinnitus gar nicht.“
Übeneralisieren	„Ich habe im letzten Jahr mehr Fehler gemacht als früher. Demnächst mache ich alles falsch und dann weiß ich die einfachsten Dinge nicht mehr. Ich lande noch im Irrenhaus.“
Personalisieren	„Der Tinnitus ist dazu da, mich fertig zu machen und alles, was ich mit Mühe aufgebaut habe, zu zerstören. Wofür werde ich bestraft?“
Dichotomes Denken	„Fehler darf man sich nicht erlauben. Entweder man ist „Top“ oder man fliegt. Entweder man ist gesund und leistungsfähig oder krank. Durch den Tinnitus bin ich für immer krank.“
Minimieren/Maximieren	„Der Tinnitus ist das Schlimmste, was mir passieren konnte. Ein großes Rätsel für die Medizin. Keiner weiß genau, woher der Tinnitus kommt und es gibt keine Heilung. Man ist chronisch krank.“

Originalien

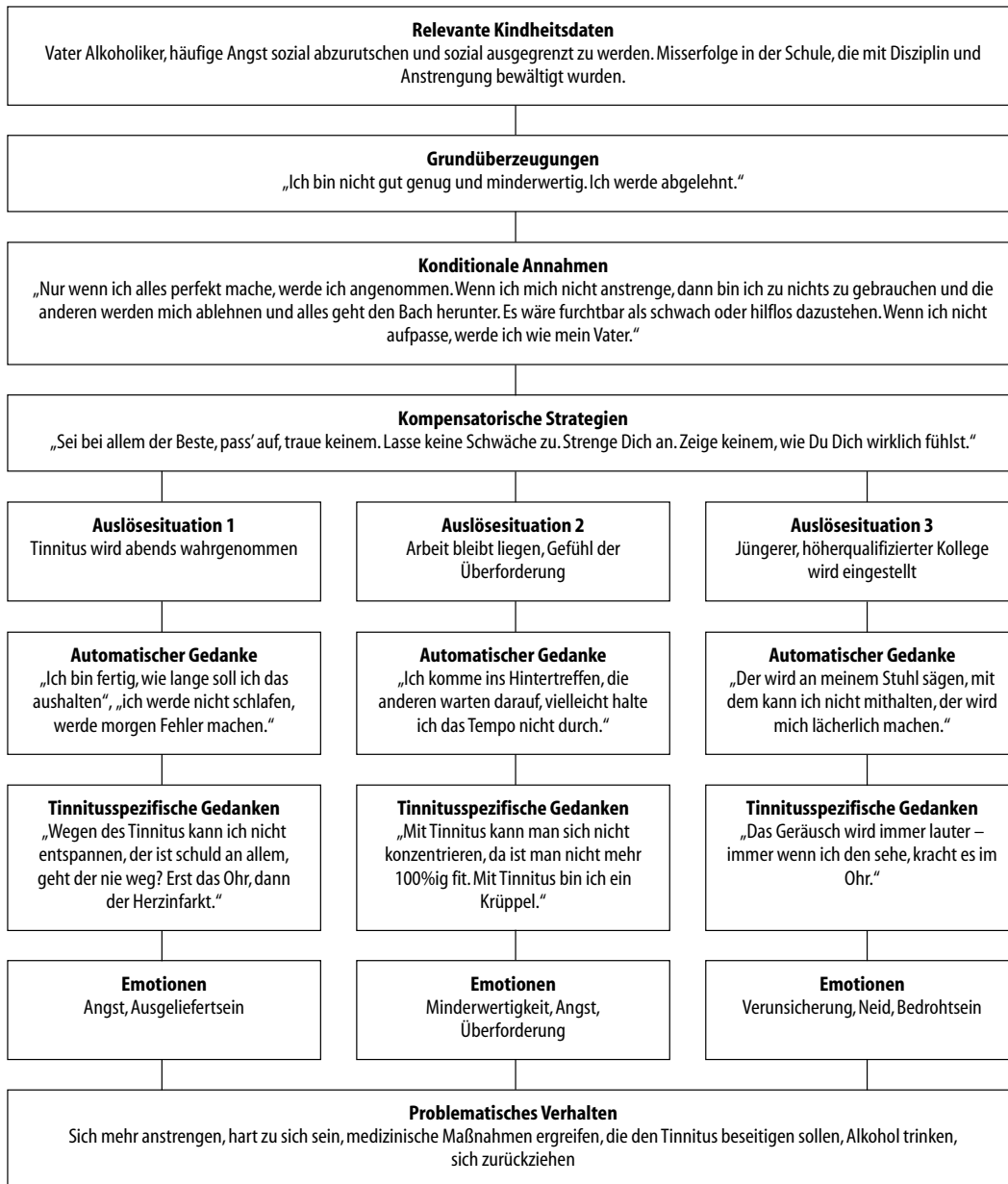


Abb. 2 ◀ Ein kognitives Fallkonzept eines Patienten mit dekompensiertem Tinnitus (Beck 1997)

- (1) Therapeut und Klient sind vom ABC-Modell überzeugt.
- (2) Der Klient wünscht eine Veränderung der dysfunktionalen Gedanken und ist von deren Veränderbarkeit überzeugt.
- (3) Veränderungsziele (C') sind definiert worden und
- (4) es besteht eine tragfähige therapeutische Beziehung (Wilken 1998).

Die im Folgenden dargestellten Methoden der kognitiven Umstrukturierung können den Klienten unterstützen, seine destruktiven Einstellungen zu hinterfragen. Nach Ellis (1997) heißt diese

Phase *Disputation*. Die zentrale Gesprächstechnik ist dabei der sokratische Dialog.

Allgemeine Disputation mittels sokratischem Dialog

Der sokratische Dialog stellt eine Gesprächshaltung dar, bei der der Therapeut durch gezielte Fragen, in einer Haltung von Respekt und Anerkennung, den Klienten unterstützt, die eigenen Einstellungen zu überdenken und ggf. zu verändern. Die Disputation erfordert oftmals eine große Redundanz, jedoch führen die Wiederholungen dazu, dass

der Patient für dysfunktionale Gedanken sensibilisiert wird und die Techniken des Infragestellens auf andere Problembereiche generalisiert. Dabei unterscheidet man die hedonistische und die empirische Disputation. Die hedonistische Disputation versucht durch Fragen (z. B. „Hilft Ihnen dieser Gedanke, sich so zu fühlen, wie Sie es möchten?“, „Tragen die Gedanken dazu bei, mit dem Tinnitus zurecht zu kommen?“, „Nimmt der Gedanke Ihnen Druck?“), den Tinnitusbetroffenen dafür zu sensibilisieren, dass einige Gedanken wenig hilfreich sind. Die empirische Disputation hat eher die Überprüfung des Rea-

Tabelle 6

Techniken zur Modifikation irrationaler Bewertungen (in Anlehnung an Wilken 1998)

Irrationale Bewertungen	Techniken
Absolute Forderungen	<p>Hinterfragen der absoluten Forderungen an sich, an die Umwelt und die Zukunft, wie „Ich muss immer 100%ig leistungsfähig bleiben, um glücklich zu sein“. Ziel ist die Abmilderung oder das Ermöglichen von Alternativen wie: „Es wäre schön/besser 100%ig leistungsfähig zu sein, aber...“</p> <p>Absolute Forderung beweisen lassen („Wieso müssen Sie...?“)</p> <p>Unterscheidung von „wollen“ und „müssen“ demonstrieren (z. B. „Ich will möglichst gesund bleiben.“)</p> <p>Vermessenheit von absoluten Forderungen klar machen</p> <p>Alternative Formulierungen ausprobieren: „Wie fühlt es sich an, wenn Sie sich sagen: ‘Ich war stets sehr leistungsfähig, ich darf auch Schwankungen zulassen?’“</p> <p>Verdeutlichung des destruktiven Charakters von „Muss-Sätzen“</p> <p>Beispiele, dass diese Imperative meist das Gegenteil bewirken.</p> <p>Beispiel: „Ich darf keinen weiteren Hörsturz bekommen – um jeden Preis“</p>
Bearbeitung globaler Selbstbewertungen	<p>Suche nach Hinweisen für gegenteilige Ansichten</p> <p>Sammeln von Rückmeldungen</p> <p>Realitätstestung</p> <p>Kontrastierung einer einzelnen und einer globalen Selbstbewertung</p> <p>Sensibilisierung für Verabsolutierungen</p>
Entkatastrophisieren	<p>Worst-case-Szenarium („Und dann?). Diese Technik zwingt den Klienten zu einer Realitätstestung</p> <p>Einführung einer Katastrophenskala (0–100)</p> <p>Humor: „Stimmt. Etwas Schlimmeres als nicht mehr die „Nummer Eins“ zu sein kann ich mir nicht vorstellen – und das hat Ihnen der Tinnitus angetan?“</p>
Bearbeitung niedriger Frustrationstoleranz	<p>Hinterfragen der häufigen Annahme „Der Tinnitus ist auf Dauer nicht zu ertragen. Wie lange denken Sie das schon? Warum können gerade Sie das nicht aushalten? Hilft Ihnen dieser Gedanke weiter?“</p> <p>Gedankenexperiment: „Wenn ich Ihnen sage, der Tinnitus geht nach einem Jahr weg, wenn Sie ihn bis dahin aushalten. Gelänge das?“</p> <p>Modelle: Wie ertragen das andere?</p>

litätsgehalts mancher Gedanken zum Ziel. Fragen sind: „Können Sie sicher sein, dass der Gedanke so stimmt?“, „Was spricht dafür, was spricht dagegen?“ oder „Sehen das alle Menschen so?“. Obwohl die empirische Disputation in einzelnen Fällen sinnvoll ist, sollte der Schwerpunkt auf der hedonistischen Disputation liegen, da sie konstruktiver und vom Patienten leichter zu übernehmen ist.

Neben dieser durch sokratischen Dialog forcierten Disputation sind zahlreiche Variationsmöglichkeiten gegeben. Empfehlenswert ist, ausgehend vom Modell des Patienten, die Alltagstauglichkeit des Modells durch Anwendung auf verschiedene Situationen zu testen.

Schriftliche Briefe und Antwortbriefe (an und vom Tinnitus) sind ein geeignetes Mittel, eine Disputation beim Klienten zu initiieren (Beispielbriefe: s. Goebel 1992).

Modifikation irrationaler Bewertungen nach Ellis

Wie bereits dargestellt, tragen irrationale Bewertungen des Tinnitusbetroffenen in starkem Maße zur Aufrechterhaltung der subjektiven Tinnitusbelastung bei. Diese können durch den sokratischen Dialog hinterfragt werden. Weitere Techniken, die zu einem Abbau irrationaler Bewertungen beitragen, sind in Tabelle 6 dargestellt.

Modifikation systematischer Denkfehler nach Beck

Die bereits geschilderten systematischen Denkfehler kommen auf einer abstrakteren Ebene zur Wirkung (Wahrnehmung/Verarbeitung) und tragen somit ebenfalls zur Chronifizierung der irrationalen Gedanken bei. Wegen ihrer Wichtigkeit in der Therapie sind weitere Techniken in Tabelle 7 dargestellt, wie sie z. B. auch von Wilken (1998) vorgeschlagen werden.

Erarbeiten funktionaler, zielführender Kognitionen

Im Verlauf der Disputation können bereits hilfreiche Sätze oder alternative Bewertungen gesammelt werden (Tabelle 8) und ihre Wirkung im Sinne einer hilfreichen Selbstinstruktion (nach Meichenbaum 1991) erprobt werden. Arbeitsgrundlage können die im Verlauf der Therapie erarbeiteten ABC-Schemata sein. Dies sollte auf alle Fälle schriftlich erfolgen. Darüber hinaus ist es günstig, den Unterschied zum „positiven Denken“ zu verdeutlichen, da Patienten häufig glauben, kognitive Therapie bestehe daraus, negative Gedanken in positive umzuwandeln. Dem Tinnitusbetroffenen kann erklärt werden, dass es vielmehr darum geht, unrealistische, destruktive Gedanken zu hinterfragen, um den Automatismus der hinderlichen Gedanken zu unterbrechen und realistischere Gedanken entwickeln zu können (Wilken 1998). Hilfreiche Fragen sind „Was könnten Sie noch denken, was hilfreicher für Sie wäre?“ Oder „Welches innere Selbstgespräch trägt dazu bei, dass Sie sich weniger belastet fühlen?“ Zu Beginn kann der Tinnitusbetroffene sich ein Modell vorstellen, um eine bessere Distanzierung von den eigenen Bewertungsmustern zu erlauben (z. B. „Was würde jemand denken, der den Tinnitus bereits akzeptiert hat?“). Dabei können ganz spezifische Alternativen zu den eruierten Bewertungen formuliert, aber auch allgemeine dysfunktionale Selbstgesprächsstile modifiziert werden (z. B. „Typisch, kann nur mir passieren. Ich Idiot. „). In Tabelle 8 sind hilfreiche Gedanken von Tinnitusbetroffenen aufgelistet.

Tabelle 7

Methoden der Veränderung von systematischen Denkfehlern (Wilken 1998)

Techniken	Hilfreiche Fragen
Realitätstestung	„Ist es wirklich so, dass Sie jetzt weniger leisten als vor 10 Jahren ohne Tinnitus?“ „Was passiert im schlimmsten Fall?“ „Kennen Sie jemanden, der auch ohne Tinnitus Arbeit liegen lässt?“ „Ist jemand mit Sehfehler krank?“
Reattribution: Vor allem bei falscher Ursachenzuschreibung	„Welche anderen Erklärungen haben Sie dafür, dass Sie sich erschöpft und depressiv fühlen?“ „Wäre ein Teil Ihres Zustandes auch ohne Tinnitus erklärbar?“ „Würden Sie es bei jemand anderen auch so sehen?“ „Wie war es, bevor Sie den Tinnitus bekamen? Gab es Zeiten, in denen Sie sich ähnlich fühlten?“
Suche nach Alternativen	Im Sinne eines Brainstormings können denkbare Alternativen gesucht werden, um die automatischen Bewertungsmuster des Klienten zu unterbrechen. „Ist es Ihnen schon mal gelungen, anders darüber zu denken?“ „Ist es Ihnen mal besser gegangen in der Situation?“

Einüben funktionaler Gedanken

An diesem Punkt sind Klienten oft erleichtert und glauben, die neuen Erkenntnisse reichten aus, um sich dauerhaft besser zu fühlen. Die konsequente Einübung und Anwendung auf verschiedenste, alltägliche Situationen ist jedoch wichtig, um eine Generalisierung des Gelernten zu erreichen und Rückfälle zu verhindern. An diesem Punkt ist es wichtig, den Tinnitusbetroffenen zu motivieren, das ABC-Schema weiterzuführen und die funktionalen Gedanken einzuüben. Dabei wird ihm verdeutlicht, dass die neu gewonnenen Einstellungen erst auf einer verstandesmäßigen Ebene

verknüpft sind und noch mit „alten“, automatisierten Einstellungen im Alltag konkurrieren. Erst das konsequente Einüben ermöglicht eine Automatisierung der funktionalen Kognitionen und damit auch eine gefühlsmäßige Einsicht. Zur Veranschaulichung kann das Beispiel des Autofahrens herangezogen werden. Der Betroffene befindet sich in dem Stadium, in dem er weiß, wie das Fahren auf einer bewussten Ebene funktioniert. Erst durch häufiges Üben wird das Verhalten automatisiert, so dass gewährleistet ist, dass die Person auch in einer Gefahrensituation auf die neuen Gedanken und Verhaltensmuster zurückgreifen kann. Konkrete Möglichkeiten, dies zu erreichen, sind die kognitive

Tabelle 8

Hilfreiche Kognitionen eines Tinnitusbetroffenen**Hilfreiche Kognitionen, die zur Tinnitusbewältigung beitragen**

Es wäre sicher schön, wenn der Tinnitus verschwinden würde, aber das ist nun mal nicht realistisch. Es gibt aber sehr viele Menschen, die gelernt haben, sich an das Geräusch zu gewöhnen und trotzdem glücklich sind – das kann auch mir gelingen. Nur weil ich einen Tinnitus habe, bin ich nicht krank. Menschen mit Tinnitus sind genau so wertvoll. Der Tinnitus meint es gut mit mir. Ich sollte mehr auf mich und meine Gesundheit acht geben. Er ist mein Mahner, der Schlimmeres verhindert und mich zum Nachdenken gebracht hat. Auch wenn ich jetzt verzweifelt bin, es gibt Möglichkeiten, das zu verändern. In drei Jahren wird diese Zeit nur noch ein Teil meiner Erinnerung sein. Jetzt erst einmal Druck rausnehmen – der hilft mir nicht weiter.

Vertiefung, bei der sich der Patient die Sätze wiederholt vorliest oder aufschreibt, die konsequente Weiterführung des ABC-Schemas oder die Anwendung von Vorstellungsbildungen, die den Klienten auf reale Situationen vorbereitet.

Fazit für die Praxis

Die schematische Darstellung der Behandlung birgt die Gefahr, dass das therapeutische Vorgehen trocken und rigide erscheint. Im Gegensatz hierzu soll dieses Schema jedoch eine gute Orientierungshilfe für Therapeuten sein, die wenig Erfahrung in der Behandlung von Tinnitusbetroffenen haben. Es gibt jedoch zahlreiche Fehlerquellen, wie die ungenügende Vermittlung des kognitiven Modells oder die kognitive Umstrukturierung ohne bewusste Entscheidung zur Umstrukturierung von Seiten des Klienten, die sich ungünstig auf den Tinnitusbetroffenen und die Therapie auswirken. Auch der Versuch einer Veränderung von Einstellungen ohne tragfähige, therapeutische Beziehung bewirkt meist eine Einstellungsimmunisierung, also eine Festigung der dysfunktionalen Einstellungen. Kognitive Therapie bedeutet auf keinen Fall „überreden“. Vielmehr soll der kognitive Therapeut ein Modell sein für flexibles, selbstkritisches und multidimensionales Denken. Zudem treten im Zuge der kognitiven Arbeit starke emotionale und verhaltensmäßige Reaktionen auf, die eine sichere Arbeit auf allen drei Ebenen erfordert. Weitere Gefahren sind ein zu direktives Vorgehen („dozieren“), ein zu schnelles Vorgehen oder das Erschließen von Kognitionen, ohne sie zu explorieren. Schließlich können Gedanken und Emotionen für den Betroffenen sehr schmerzhaft, aber realistisch sein, was eine stärkere Akzeptanzarbeit erfordert. Anfänger sind oft verleitet, alle negativen Gedanken schnellstens „umzustrukturieren“. Günstig ist es, wenn eine Stimmung und therapeutische Beziehung vorliegt, die paradoxe Interventionen erlaubt, um auf dysfunktionale Gedanken aufmerksam zu machen. Kognitive Veränderungen sind zentral für eine dauerhafte Akzeptanz des Tinnitus, wobei die Ansatzpunkte multimodal sein können und sich mit der Einbeziehung anderer Behandlungsmethoden gut kombinieren lassen (s. auch Goebel u. Fichter 1999). Gute Kenntnisse über bestehende alternative Behandlungsangebote, wie die

Tinnitus-Retraining-Therapie (Wilson et al. 1998), sind unbedingt erforderlich, um sich als Therapeut bei Tinnitusbetroffenen zu etablieren. Aufgrund der oben genannten möglichen negativen Effekte auf den Tinnitusbetroffenen, sollte die kognitive Umstrukturierung nur von ausgebildeten Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Literatur

- Beck AT (1979) Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Pfeiffer, München
- Beck JS (1997) Cognitive therapy: basics and beyond. Guilford, New York. In: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (Hrsg) Kognitive Therapie der Sucht. PVU, Weinheim
- Budd RJ, Pugh R (1995) The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *J Psychosom Res* 8: 1015–1018
- Coles RRA (1984) Epidemiology of tinnitus: prevalence. *J Laryngol Otol [Suppl]* 9:7–15, 195–202
- Ellis A (1997) Grundlagen und Methoden der rational-erotiven Verhaltenstherapie. Pfeiffer, München
- Gefken R, Kurth H (1992) Psychische Belastungen durch chronische Ohrgeräusche: Ergebnisse einer Umfrage bei Personen mit chronischem Tinnitus. In: Goebel G (Hrsg) Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des chronisch komplexen Tinnitus. Quintessenz, München
- Goebel G (1992) Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des chronisch komplexen Tinnitus. Quintessenz, München
- Goebel G (1997) Tinnitus aus medizinischer Sicht. In: Kröner-Herwig B (Hrsg) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. PVU, Weinheim
- Goebel G, Fichter M (1999) Psychosomatische Aspekte bei der Entstehung und Behandlung des Tinnitus. *Intern Prax* 39: 549–562
- Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus Fragebogen (TF). Ein Instrument zur Erfassung von Belastungen und Schweregrad bei Tinnitus. Hogrefe, Göttingen
- Hallam RS (1989) Living with tinnitus. Dealing with the ringing in your ears. Thorsons, London
- Hallam RS, Jakes SC, Hinchcliffe R (1984) Cognitive variables in tinnitus annoyance. *Br J Clin Psychol* 27: 213–222
- Hiller W, Goebel G (1997) Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen (HNO). In: Hahlweg K, Birbaumer N (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich Klinische Psychologie; Bd 4: Verhaltensmedizin: Spezifische Störungen und Interventionen. Huber, Bern
- Jakes SC, Hallam RS, Rachmann S, Hinchcliffe R (1986) The effects of reassurance, relaxation training and distraction on chronic tinnitus sufferers. *Behav Res Ther* 24: 497–507
- Kirsch CA, Blanchard EB, Parnes SM (1989) Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosom Med* 51: 209–217
- Kröner-Herwig B (1997) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. PVU, Weinheim
- Meichenbaum D (1991) Interventionen bei Streß – Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstraining. Huber, Bern
- Mertin M, Kröner-Herwig B (1997) Tinnitus aus psychologischer Sicht. In: Kröner-Herwig B (Hrsg) Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. PVU, Weinheim
- Pilgramm M, Rychlik H, Lebisch H, Siedentop H, Goebel G, Kirchoff D (1999) Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland – eine repräsentative epidemiologische Studie. *HNO aktuell* 7: 261–265
- Scott B, Lindberg P, Lyttkens L, Melin L (1985) Psychological treatment of tinnitus: an experimental group study. *Scand Audiol* 14: 223–230
- Scott B, Lindberg P, Lyttkens L, Melin L (1990) Predictors of tinnitus discomfort, adaptation and subjective loudness of tinnitus. *Br J Audiol* 24: 51–62
- Svitak M (1998) Psychosoziale Aspekte des chronischen dekompensierten Tinnitus. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Salzburg
- Wilken B (1998) Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Kohlhammer, Stuttgart
- Wilson PH, Henry JL, Andersson G, Hallam R, Lindberg P (1998) A critical analysis of directive counselling as a component of tinnitus retraining therapy. *Br J Audiol* 32: 273–286