

Was versteht man unter einem „Tinnitus“?

C. Weise, M. Kleinstäuber, V. Kaldo, G. Andersson

- 2.1** **Drei Tinnitusbetroffene stellen sich vor – 10**
- 2.2** **Definition und Begriffsbestimmung – 14**
- 2.3** **Klassifikation: Welche verschiedenen Arten von Tinnitus gibt es? – 16**
- 2.4** **Epidemiologie, Prognose und Sekundärsymptomatik – 19**
 - 2.4.1 Häufigkeit des Tinnitus (Prävalenz) – 19
 - 2.4.2 Verlauf und Prognose eines Tinnitus – 19
 - 2.4.3 Zusätzliche Beeinträchtigungen (Komorbidität) – 20
- Literatur – 21**

Die erste Begegnung zwischen Therapeut und Patient

2

Was erwartet Sie in diesem Kapitel?

Wenn Betroffene erstmalig wegen ihres Tinnitus ärztliche Hilfe aufsuchen, ist diese Begegnung häufig durch viele Herausforderungen und Probleme geprägt, die in der Natur des Ohrgeräusches liegen. Dazu zählt auf Patientenseite zum Beispiel eine große Unsicherheit über die gesundheitlichen Konsequenzen des Ohrgeräusches. Zudem ist es ein Problem, dass der Tinnitus nur für den Betroffenen selbst, nicht aber für Außenstehende hörbar ist. Daher sorgen sich Betroffene häufig, dass sie dem Arzt das wirkliche Ausmaß an Leiden, welches sie durch den Tinnitus erfahren, nicht ausreichend zum Ausdruck bringen können. Der Arzt hingegen steckt häufig in dem Dilemma, dass er dem Patienten zwar helfen will, aber nicht kann, da es nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand keine Möglichkeiten gibt, den Tinnitus zu heilen.

Wie Sie bereits wissen, hat das vorliegende Manual zwei Ziele: Zum einen soll es Betroffenen Wegleitung und Unterstützung sein bei der Bewältigung ihres Tinnitus, zum anderen soll es auch psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlern Hilfestellung für die Behandlung geben. Es ist sehr wichtig, dass sich die Therapeuten über die beschriebene schwierige Situation von Tinnitusbetroffenen von Anfang an im Klaren sind. Daher werden in diesem Kapitel zunächst drei verschiedene Fallbeispiele vorgestellt. Diese sollen sowohl Ihnen als Betroffenen als auch Ihnen als Behandler einen Eindruck davon vermitteln, wie verschiedenartig mit einem Ohrgeräusch umgegangen werden kann. Zudem sollen Ihnen diese Fallbeispiele die Möglichkeit geben, sich besser in die Perspektive Ihres Gegenübers zu versetzen – der Betroffene also in die Perspektive des Behandlers und umgekehrt.

Im Anschluss gibt Ihnen das Kapitel einen Einblick in die Natur und die Merkmale eines Tinnitus. Fragen wie zum Beispiel „Was ist ein Tinnitus?“ oder „Gibt es verschiedene Arten eines Ohrgeräusches?“ sollen dabei beantwortet werden. Im weiteren Verlauf geht es dann um das Vorkommen von Ohrgeräuschen: „Wie häufig tritt Tinnitus in der Bevölkerung auf?“, „Leiden alle Tinnitusbetroffenen unter ihrem Ohrgeräusch?“ oder „Welche weiteren Probleme gibt es, die mit Tinnitus einhergehen können?“ Abschließend geben wir Ihnen einen Überblick über die verschiedenen Ansätze, mit denen ein Tinnitus untersucht und diagnostiziert werden kann. Für Sie als Betroffene stellt dieses Kapitel damit eine vertrauenswürdige und wissenschaftlich fundierte Quelle dar, damit Sie sich mit dem Begriff des Tinnitus vertraut machen können. Für Sie als psychotherapeutische oder ärztliche Behandler bietet dieses Kapitel eine kurze und kompakte Übersicht zu Definition, Epidemiologie, Prognose und Sekundärsymptomatik des Tinnitus, die als Basis für die Patientenaufklärung hilfreich ist.

2.1 Drei Tinnitusbetroffene stellen sich vor

■ Frau D. und wie ein Tinnitus in Vergessenheit geraten kann

Die 40-jährige Sekretärin Frau D. hat vor wenigen Tagen ihren Arbeitsplatz gewechselt. Im Rahmen ihrer neuen Stelle soll sie zunächst eine betriebsärztliche Untersuchung durchführen lassen. Frau D. berichtet im Gespräch, ein lebenslustiger und optimistischer Mensch zu sein und in ihrem Leben nie an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen gelitten zu haben. Auch ihre Familie beschreibt sie als „besonders zäh“. Schwere Erkrankungen bei ihren Eltern bzw. Verwandten seien ihr nicht bekannt. Im Rahmen der Untersuchung befragt der Betriebsarzt Frau D. u. a. nach Problemen im Bereich Gehör. Frau D. berichtet, dass sie nie Schwierigkeiten mit ihren Ohren erlebt habe und nur einmal in ihrem Leben an einer Mittelohrentzündung im Zusammenhang mit

Fallbeispiel 1:
Frau D.

einer hartnäckigen Erkältung erkrankt sei. Ihr Hörtest sei immer gut gewesen, der letzte liege jedoch schon einige Jahre zurück.

Als der Betriebsarzt mit ihr einen erneuten Hörtest durchführt, wird im Audiogramm – dem Diagramm, in dem man die Hörleistung eines Menschen ablesen kann – eine leichte Hörminderung in einem ganz eng umgrenzten, hochfrequenten Bereich deutlich. Der Betriebsarzt fragt daraufhin Frau D. gezielt danach, ob sie einen Tinnitus habe. Sie lächelt und meint, den hätte sie ganz vergessen. Jetzt, da der Arzt sie darauf anspreche, könne sie ihr Ohrgeräusch auch hören, wenn sie sich konzentriere. Frau D. berichtet, dass sie vor einigen Jahren ein Rockkonzert besucht habe und danach ein hochfrequentes, sehr leises Ohrgeräusch aufgetreten sei. Sie habe es gar nicht gleich wahrgenommen. Einige Tage nach dem Konzert sei sie bei einem Yoga-Kurs gewesen, und erst dort, während der Stille der Yoga-Übungen, sei ihr das Ohrgeräusch zum ersten Mal bewusst geworden. Sie habe dann geschlussfolgert, dass es durch das Konzert hervorgerufen sein könne. Ihre Ohren hätten sich nach der Veranstaltung etwas „dumpf“ angefühlt. Nach dieser ersten bewussten Wahrnehmung des Ohrgeräusches sei dieses aber schnell wieder in den Hintergrund getreten. Sie habe sich dadurch nicht beunruhigen lassen. Im normalen Alltag könne sie das Geräusch gar nicht wahrnehmen, da es immer durch Umgebungsgeräusche verdeckt sei. Abends beim Einschlafen habe sie auch noch nie Probleme damit gehabt. Sie habe daher auch keinen HNO-Arzt aufgesucht. Von einer Bekannten, ebenfalls Tinnitusbetroffene, habe sie erfahren, dass es derzeit keine Medikamente oder andere medizinische Behandlungen gegen das Ohrgeräusch gebe.

Der Betriebsarzt bekräftigt, dass es ein sehr guter Weg sei, sich nicht unnötig viel mit dem Ohrgeräusch zu beschäftigen.

■ Herr Z. und seine „Grille“ im Ohr

Der 35-jährige Steuerberater Herr Z. leidet bereits seit fünf Jahren unter einem rechtsseitigen Tinnitus in Form eines Rauschens. Herr Z. ist seit sieben Jahren verheiratet und hat zwei Töchter. Er berichtet, dass er mit seiner Berufstätigkeit sehr zufrieden sei. Der Arbeitsaufwand sei zwar enorm hoch und es komme auch häufig vor, dass er von seinem Chef besonders schwierige Projekte übertragen bekomme. Er müsse in solchen Phasen dann häufig bis spät abends und gelegentlich auch am Wochenende arbeiten. Seine Familie komme daher oft etwas zu kurz, was ihn traurig mache, da er vom Familienalltag und dem Heranwachsen seiner Kinder nicht viel mitbekomme. Zugleich sei jedoch seine Ehefrau sehr unterstützend und verständnisvoll und mache ihm keine Vorwürfe deswegen. Er sei ein sehr gesunder und leistungsfähiger Mensch und habe „über mehrere Jahre Arztpraxen nie von innen gesehen“, wie er stolz berichtet. Bereits seit seiner Jugend sei er sportlich sehr aktiv. Aktuell spiele er Tennis im Verein, was für ihn sehr wichtig sei, um sich von dem vielen Alltagsstress erholen zu können.

Vor fünf Jahren sei bei ihm zum ersten Mal und „wie aus heiterem Himmel“ ein Tinnitus aufgetreten. Ihm seien keine „besonderen Ereignisse“ bewusst, die in Verbindung mit dem Ohrgeräusch stehen könnten. Damals habe er auch nicht übermäßig viel Stress erlebt: „Es war eigentlich alles so wie immer.“ Zum Arzt sei er nicht gleich gegangen. Er habe zunächst gehofft, dass das Ohrgeräusch von selbst wieder weggehen würde. Nachdem es aber über eine Woche angehalten habe, habe er seinen HNO-Arzt konsultiert. Dieser habe ihm eine „Infusionstherapie“ empfohlen, die Herrn Z. jedoch nicht geholfen habe. Er habe dann noch ein paar weitere Behandlungsversuche unternommen, wie zum Beispiel Akupunktur und Ginkgo-Präparate. Die Hoffnung, dass das Ohrgeräusch wieder verschwinden würde, habe er dann jedoch schnell aufgegeben und versucht, damit zurechtzukommen. Er berichtet, dass ihm das gar nicht so

Fallbeispiel 2:
Herr Z.

schwer gefallen sei. Da das Rauschen in seinem rechten Ohr durch Außengeräusche gut überdeckbar sei, habe er es irgendwann tatsächlich geschafft, sich daran zu gewöhnen. Er habe den Tinnitus dann kaum noch wahrgenommen, obwohl dieser sich in seiner Intensität nicht verändert habe.

Vor drei Monaten habe sich der Tinnitus jedoch verändert. Er sei gerade von einem Tennistraining nach Hause gekommen, als er zusätzlich zum Rauschen ein hochfrequentes Zirpen – wie eine „unermüdliche Grille in der Toskana“ – wahrgenommen habe. Obwohl er sich in den vergangenen Jahren gut von seinem Tinnitus habe distanzieren können, gelinge ihm das, seitdem das Zirpengeräusch hinzukam, nicht mehr. Er könne sich nur sehr schwer von diesem neuartigen Geräusch ablenken, da es – im Gegensatz zum Rauschen – kaum überdeckbar sei. Dies schränke ihn bei der Arbeit zunehmend ein, da er unter Konzentrationsproblemen leide und daher auch deutlich mehr Zeit benötige als vorher. Zudem habe er abends gehäuft Einschlafprobleme, sodass er sich tagsüber oft müde fühle. Häufig mache er sich auch Gedanken darüber, was wohl das Auftreten des Zirpens verursacht haben könne. Er befürchte einen Zusammenhang zwischen dem ausgiebigen Tennistraining der vergangenen Wochen und dem Einsetzen des Tinnitus. Sein HNO-Arzt habe eine leichte Hörminderung festgestellt und eine Beratung beim Hörgeräteakustiker angeraten. Aufgrund seines Ohrgeräusches habe der Arzt ihm zudem eine Tinnitusbewältigungstherapie bei einem Psychotherapeuten empfohlen. Diese Empfehlung habe ihn zunächst etwas verwirrt, da er sich nicht habe vorstellen können, inwieweit ihm ein Psychotherapeut weiterhelfen solle. Nachdem er sich dann jedoch Informationen über die psychotherapeutische Behandlung eines chronischen Tinnitus eingeholt habe, sei ihm deutlich geworden, dass die dabei verfolgten Ziele sich sehr gut mit seinen persönlichen Zielen decken würden.

Für Herrn Z. steht es im Vordergrund, wieder den Zustand zu erlangen, in dem er sich vor Beginn des Zirpengeräusches befand. In seinem ersten Gespräch mit einer Psychotherapeutin, die auf Verhaltenstherapie sowie Tinnitusbewältigung spezialisiert ist, äußert er, er habe nicht die Erwartung, dass die Ohrengeräusche jemals wieder weggehen würden. Mit Erschrecken habe er indes in einigen Selbsthilfeforen im Internet festgestellt, wie sich manche Betroffene durch ihren Tinnitus tyrannisieren ließen. Das wolle er auf gar keinen Fall. Er wolle sich nicht durch den Tinnitus in seinem Leben einschränken lassen, erklärtes Ziel sei, dass der Tinnitus sich wieder in den Hintergrund begeben solle. Herrn Z. ist bewusst, dass er deshalb einiges bei sich ändern muss und dass ihn dies Zeit und Energie kosten wird. Auf die Frage der Therapeutin, inwieweit er auch bereit wäre, zum Beispiel an seiner Arbeitssituation und dem hohen Stresslevel im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit etwas zu verändern, reagiert Herr Z. zunächst etwas verhalten. Er könne sich noch nicht richtig vorstellen, dass der Stress in seinem Alltag wirklich etwas mit seinem Ohrgeräusch zu tun habe. Er habe immer viel gearbeitet, was ihm nie etwas ausgemacht habe. Herr Z. zeigt sich jedoch offen und möchte versuchen, sich auf die Empfehlungen der Therapeutin einzulassen. Er habe große Hoffnung, Strategien zu entwickeln, mit denen er auch das Zirpengeräusch besser ertragen und akzeptieren könne. Nach dem Erstgespräch mit der Psychotherapeutin kann sich Herr Z. gut vorstellen, dass Verhaltenstherapie ihn dabei unterstützen kann. Er willigt daher in die Teilnahme an einer Tinnitusbewältigungs-Gruppentherapie ein, in der er mit weiteren Tinnitusbetroffenen an seiner Problematik arbeiten wird.

■ Frau W. und wie ein Pfeifton einen in die Verzweiflung treiben kann

Frau W. ist 45 Jahre alt, sie ist zum zweiten Mal geschieden und lebt derzeit mit ihrem Lebensgefährten und ihren zwei Töchtern aus erster Ehe zusammen.

Frau W. ist eine erfolgreiche Geschäftsfrau in leitender Position in einem Kleinunternehmen. Sie berichtet, dass ihr der Job sehr viel bedeute, gleichzeitig aber auch viel Einsatz von ihr verlange. Sie arbeite häufig über 60 Stunden pro Woche, sei viel unterwegs, teils auch an den Wochenenden. Die viele Arbeit habe ihr jedoch nie Probleme bereitet, sie habe mit dem beruflichen Stress immer gut umgehen können. Jedoch sei während ihrer zweiten Ehe, die im vergangenen Jahr geschieden worden sei, zusätzlich viel privater Stress hinzugekommen. Mit ihrem zweiten Ehemann sei sie knapp zwei Jahre verheiratet gewesen. Er habe große Probleme gehabt zu akzeptieren, dass ihr die Arbeit so wichtig sei und ihr deswegen Vorwürfe gemacht. Es sei immer wieder zu schweren Eifersuchtszenen gekommen. Frau W. habe zunächst versucht, ihm alles recht zu machen und zeitlich mehr Freiräume für sich und ihren Mann einzurichten. Das sei ihm jedoch nicht genug gewesen und er habe wenig Verständnis gezeigt. Hinzu sei gekommen, dass er ein Alkoholproblem entwickelt habe. Frau W. berichtet, dass sie durch diese schwierige Situation bereits am „Rande ihrer Kapazitäten“ gestanden habe und es dann noch Streitigkeiten zwischen ihren Kindern aus erster Ehe und deren Stiefvater gegeben habe. Sie habe häufig das Gefühl gehabt, dass die Situation „aus dem Ruder“ laufe. Des Weiteren traten zur gleichen Zeit noch weitere Familienkonflikte auf. Nach dem Tod ihres Vaters, den sie mit Unterstützung von Pflegepersonal über ein Jahr bei sich zu Hause gepflegt habe, kam es zu Auseinandersetzungen mit ihren Geschwistern über das Wohnhaus und das Erbe. Ihre Geschwister hätten den Kontakt zu ihr abgebrochen. Der Tod des Vaters und die Konflikte mit ihren Geschwistern hätten bei Frau W. „das Fass zum Überlaufen gebracht“. Sie sei daraufhin im vergangenen Jahr an einer schweren Virusinfektion erkrankt und habe über drei Monate nicht arbeiten können. Das Gefühl, nicht zu funktionieren, sei für sie unerträglich. Nach ihrer Genesung habe sie sich daher gleich wieder voll und ganz ihrer Arbeit gewidmet. Möglicherweise habe sie es etwas übertrieben, gesteht sie ein. Zu Beginn dieses Jahres habe sie einen Hörsturz erlitten, der mit einem Tinnitus einherging. Sie habe sofort ihren HNO-Arzt aufgesucht, der sie zu einer stationären Behandlung mit Infusionen von blutverdünnenden Medikamenten überwiesen habe. Der Hörsturz sei dadurch erfolgreich behandelt und ihre Hörfähigkeit vollständig wiederhergestellt worden. Der Tinnitus sei jedoch geblieben.

Befragt zum Tinnitus, berichtet Frau W., dass dieser bei ihr ein hochfrequentes, gleichförmiges, sehr lautes Pfeifgeräusch sei. Nach Abklingen des Hörsturzes sei das Ohrgeräusch deutlich lauter geworden und nehme auch im Tagesverlauf oft an Lautstärke zu. Der Tinnitus sei ständig präsent und überhöre alle Umgebungsgeräusche. Sie fühle sich durch den Tinnitus angespannt, gereizt, niedergeschlagen und unter Druck gesetzt. Sie habe Probleme, sich zu entspannen und einzuschlafen, weil die Ohrgeräusche sie in diesen Situationen besonders belasten würden. Von ihrem Hausarzt habe sie ein Medikament verschrieben bekommen, das ihr beim Einschlafen helfe. Neben dem Tinnitus werden im Bericht von Frau W. auch depressive Symptome deutlich: Sie fühle sich seit den vergangenen vier Wochen zunehmend freudloser und habe das Interesse an Aktivitäten verloren, die sie früher mit Freude wahrgenommen habe. Sie sei häufig „nah am Wasser gebaut“. Tagsüber habe sie starke Konzentrationsprobleme, worunter ihre Arbeit leide, und sie fühle sich schnell erschöpft. Das Gefühl, nicht so arbeiten zu können, wie sie wolle, mache ihr große Angst. Sie denke häufig darüber nach, was passieren würde, wenn dieses Ohrgeräusch für immer so bestehen bliebe. Diese Gedanken würden in ihr starke Panik auslösen, auch Selbstmordgedanken kenne sie. Als gläubige Frau sei es für sie jedoch undenkbar, sich selbst etwas anzutun. Ihr aktueller Lebenspartner versuche, sie bestmöglich zu unterstützen.

Ihr hoher Leidensdruck und der starke Drang, etwas an ihrer verzweiferten Lage zu verändern, wird im Gespräch sehr deutlich. Frau W. kommt mit großen Hoffnungen und Erwartungen zu ihrem HNO-Arzt, dass dieser etwas an dem Ohrgeräusch ändern kann. Umso frustrierter nimmt sie die Botschaft auf, dass es derzeit keine Behandlungsmöglichkeiten gibt, die den Tinnitus „heilen“ können. Der HNO-Arzt empfiehlt Frau W. eine psychosomatische Rehabilitation, damit sie lernt, mit dem Ohrgeräusch besser umgehen und dieses schrittweise akzeptieren zu können. Auf dieses Angebot reagiert Frau W. empört und abweisend. Aufgeregt ergreift sie das Wort: „Denken Sie etwa, ich bin verrückt? Ich habe einen Tinnitus und kein psychisches Problem. Ich hatte eigentlich gehofft, dass Sie der richtige Ansprechpartner sind und mir helfen können. Mittlerweile befürchte ich, dass das hier in die falsche Richtung läuft.“ Verärgert verlässt sie die Praxis. Sie beschließt, sich einen neuen HNO-Arzt zu suchen.

3 Fallbeispiele – 3 grundverschiedene Wege, den Tinnitus wahrzunehmen und zu bewältigen

Resümee So verschieden kann also ein Tinnitus von Betroffenen wahrgenommen und verarbeitet werden – angefangen bei Frau W., die durch ihr Ohrgeräusch viel Leid und Einschränkungen in ihrem Leben erfährt, bis hin zu Frau D., der ihr Tinnitus erst ins Bewusstsein tritt, wenn man sie gezielt darauf anspricht. Warum das so ist, dass Menschen auf ein Ohrgeräusch in ganz verschiedener Weise reagieren und damit umgehen, soll in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels genauer beleuchtet werden. Auch ► Kap. 3, in dem wir uns mit der Entstehung und Aufrechterhaltung des Tinnitus beschäftigen werden, gibt interessante Informationen dazu.



Tinnitus ist eine jahrtausendealte Erscheinung ...

2.2 Definition und Begriffsbestimmung

Kurze Vorbemerkung: Wichtige Informationen zu bestimmten Themen sind im folgenden Text seitlich immer mit einem Symbol gekennzeichnet, so wie Sie es hier am Rand sehen können.

Unter einem Tinnitus versteht man verschiedene Geräuschwahrnehmungen, denen keine akustischen Signale aus der Umwelt zugrunde liegen und die zudem keinen Signal- und Informationscharakter für den Betroffenen haben (Hallam et al. 1984). Der Begriff Tinnitus leitet sich von dem lateinischen Wort „tinnire“ ab, das so viel bedeutet wie „klingeln“. Der Begriff wird als medizinischer Fachausdruck – unabhängig von der Ursache – für jegliche Art von Ohr- und Kopfgeräuschen verwendet. Der Tinnitus zählt zu den häufigsten Symptomen, die in HNO-ärztlichen Praxen angegeben werden (Goebel 2003). Besonders oft berichten Betroffene Geräusche wie Pfeifen, Klingeln, Summen, Zirpen oder Rauschen (Stouffer u. Tyler 1990). Häufig handelt es sich um hochfrequente Töne, was dadurch bedingt sein kann, dass ein begleitender Hörverlust im hochfrequenten Bereich vorliegt (Goebel 2003).

Tinnitus ist keine Erscheinung der Neuzeit. Geschichtlich kann man erste Aufzeichnungen zu diesem Phänomen weit zurückverfolgen. Erstmals beschrieben wurden Ohrgeräusche in Mesopotamien um 2700 v. Chr. Im alten Ägypten galt Tinnitus als Krankheit und man goss den Betroffenen zur Behandlung verschiedene Mixturen ins Ohr. Der antike griechische Arzt Hippokrates beschrieb Tinnitus als einen Vorboten des Todes. Tinnitus wurde damals als etwas betrachtet, das „von bösen Geistern“ bzw. „vom Satan“ stammte. Der römische Arzt Celsus dachte hingegen etwas fortschrittlicher und beschrieb Tinnitus als Folge von Erkältungen, Kopfschmerzen oder Epilepsie. Der Arzt Paracelsus

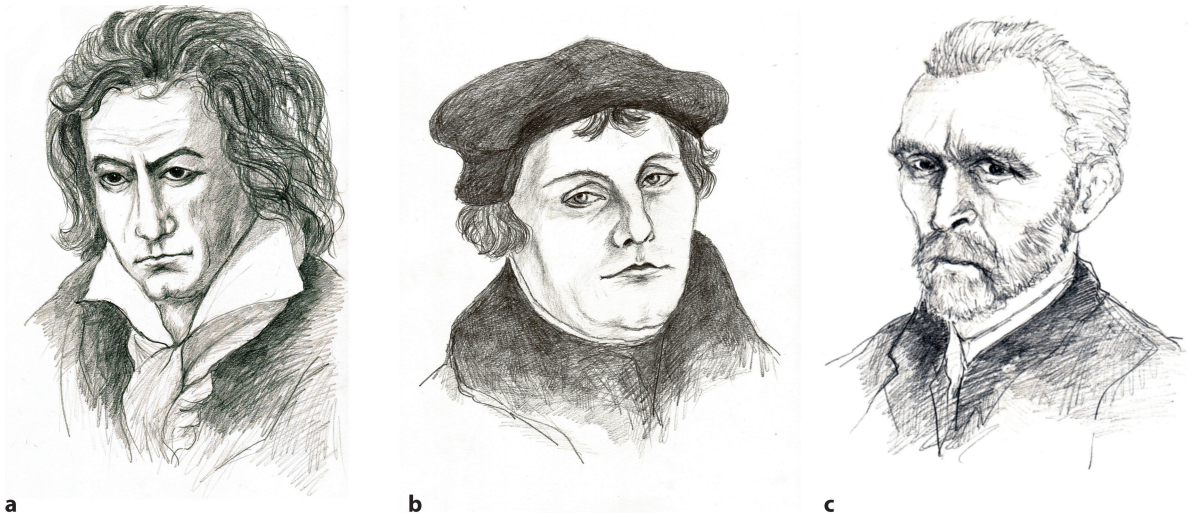


Abb. 2.1a–c Berühmte Persönlichkeiten, die an Tinnitus litten: **a** Ludwig van Beethoven, **b** Martin Luther, **c** Vincent van Gogh

erkannte dann im Mittelalter Tinnitus erstmals als Folge von Lärm und Schwerhörigkeit. Literarische Zeugnisse belegen zudem, dass viele Berühmtheiten der Vergangenheit von Ohrgeräuschen betroffen waren. Erkennen Sie diese in der **Abb. 2.1** wieder?

Auch der Komponist und Musiker Friedrich Smetana litt an Tinnitus. Er beschreibt seine Symptomatik sehr eindrucksvoll in einem Brief vom 7. September 1874:

» Schon im vergangenen Juli, gleich nach der öffentlichen Probe, bemerkte ich, dass ich in einem Ohr die Töne der höheren Oktave anders gestimmt höre als im anderen Ohr, und dass es mir zeitweise in den verlegten Ohren zu brausen beginnt, als stünde ich in der Nähe eines starken Wasserfalles. Dieser Zustand änderte sich ständig, aber schon Ende Juli blieb er permanent, und es traten Schwindelanfälle hinzu, sodass ich zu schwanken begann und mich beim Gehen nur mit Anstrengung im Gleichgewicht halten konnte. Das waren traurige Ferien!

Heutzutage liegt zwar deutlich mehr Wissen und Verständnis über einzelne Teilbereiche der Tinnitusentstehung und -aufrechterhaltung vor, viele Aspekte sind jedoch nach wie vor ungeklärt. Man muss sich zudem bewusst machen, dass bis in die 1980er Jahre der Begriff „Tinnitus“ in der Bevölkerung bei vielen Nichtbetroffenen, Psychologen und zum Teil auch bei Ärzten nicht bekannt war. Erste grundlegende physiologische und psychologische Forschungsarbeiten zum Thema Ohrgeräusche wurden erst etwa ab den 1970er Jahren durchgeführt. Dazu zählen u. a. wichtige Arbeiten zur sogenannten „Tinnitusmaskierung“ von Harald Feldmann, Jack Vernon und Jonathan Hazell, oder zur Funktion der äußeren Haarzellen von Hans Zenner bzw. tierexperimentelle Verhaltensstudien von Pawel Jastreboff (Goebel 2001).

Abschließend muss betont werden, dass der Tinnitus keine „Krankheit“ bzw. „Diagnose“ im klassischen Sinne darstellt. Er ist ein unspezifisches „Symptom“, das durch verschiedenste Auslöser (► Abschn. 3.2) hervorgerufen werden bzw. vereinzelt im Rahmen von Erkrankungen auftreten kann (Goebel 2003).

... die auch schon Musiker betraf

Vieles ist noch nicht erforscht

Tinnitus ist keine Krankheit,
sondern ein Symptom!



Beschreibung des Tinnitus

2.3 Klassifikation: Welche verschiedenen Arten von Tinnitus gibt es?

Bei einem Tinnitus handelt es sich um ein äußerst komplexes Phänomen, das sich bei Betroffenen in sehr unterschiedlicher Art und Weise zeigen kann. Dementsprechend gibt es viele verschiedene Ebenen für die Beschreibung eines Ohrgeräusches, von denen im Folgenden einige wichtige dargestellt werden sollen. Eine Übersicht über die Beschreibungsebenen bzw. die Möglichkeiten zur Kategorisierung von Ohrgeräuschen finden Sie in ■ Tab. 2.1.

Tinnitusformen können sich nach ihrer Lokalisation (sprich dem Ort, wo das Ohrgeräusch wahrgenommen wird) unterscheiden – teils treten sie einseitig in nur einem von beiden Ohren auf, teils können sie aber auch beidseitig auftreten. Einzelne Betroffene beschreiben auch, dass sie den Tinnitus nicht in den Ohren, sondern eher „im Kopf“ wahrnehmen. Neben der Lokalisation kann der Tinnitus auch in Bezug auf das zeitliche Muster bzw. die Konstanz des Auftretens (Ist der Tinnitus ständig vorhanden?), die subjektive Lautstärke bzw. deren Schwankungen (Wie laut nimmt der Betroffene das Ohrgeräusch wahr?) oder den Frequenzbereich (Wie hoch/tief ist der Tinnitus?) beschrieben werden.

■ **Tab. 2.1** Ebenen zur Beschreibung des Tinnitus. (Adaptiert nach Lenarz 2001, Weise 2011)

Beschreibungsebenen	Ausprägungen des Tinnitus
Lokalisation	Rechtes Ohr Linkes Ohr Beide Ohren Im Kopf
Zeitliches Muster	Rhythmisch Pochend Gleichförmig
Konstanz des Auftretens	Ständig vorhanden Kurze Phasen ohne Tinnitus Ganze Tage ohne Tinnitus
Subjektive Lautstärke (Klockhoff u. Lindblom 1967)	Hörbar nur bei Stille Hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen, maskierbar durch gewöhnlichen Lärm oder Konzentration Permanent hörbar bei normalen Umgebungsgeräuschen, auch bei Konzentration
Schwankungen der subjektiven Lautstärke	Gleichbleibend Schwankend
Frequenzbereich	Tief Mittel Hoch
Nachweisbarkeit	Subjektiv Objektiv
Dauer	Akut (≤ 3 Monate) Chronisch (> 3 Monate)
Ausmaß an Belastung	Kompensiert Dekompensiert

Des Weiteren kann ein Ohrgeräusch hinsichtlich seiner Nachweisbarkeit klassifiziert werden. Die oben angeführte Definition des Tinnitus (► Abschn. 2.2) bezieht sich auf den sogenannten „subjektiven Tinnitus“. Es handelt sich hierbei um eine Tonempfindung, die nur vom Betroffenen selbst wahrgenommen werden kann. Der „objektive Tinnitus“ hingegen kann auch von einem außenstehenden Untersucher hörbar gemacht werden. Diese Geräusche werden daher auch als „somasounds“ bzw. „Körperklänge“ bezeichnet (Hazell 1995). Der objektive Tinnitus entsteht durch akustische Signale, die vom Organismus des Betroffenen ausgehen. Solche Geräusche können durch nahe oder im Hörsystem gelegene Störungen wie zum Beispiel vaskuläre Störungen an Blutgefäßen, otoakustische Emissionen oder Kontraktionen der Mittelohrmuskeln hervorgerufen werden. Der objektive Tinnitus tritt im Vergleich zum subjektiven viel seltener auf und kann medizinisch besser behandelt werden (Goebel 2003). Wenn im vorliegenden Buch von „Tinnitus“ gesprochen wird, beziehen wir uns vorwiegend auf den subjektiven Tinnitus.

Insbesondere aus klinischer Sicht und für die Auswahl der Behandlungsmethoden ist zusätzlich die Einteilung des Tinnitus nach seiner Dauer wichtig. Die HNO-Fachgesellschaften unterscheiden zwischen akuten (≤ 3 Monate) und chronischen (> 3 Monate) Ohrgeräuschen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2015).

Abschließend spielt die Einteilung des Tinnitus nach dem Ausmaß des Leidensdrucks und der Belastung, der ihn begleitet, eine wichtige Rolle. Dabei wird der „kompensierte Tinnitus“ vom „dekompensierten Tinnitus“ unterschieden. Ersterer beschreibt den Fall, dass der Tinnitusbetroffene sein Ohrgeräusch zwar wahrnimmt, sich dadurch aber nicht gestört bzw. beeinträchtigt fühlt. Das Fallbeispiel von Frau D. (► Abschn. 2.1) beschreibt einen kompensierten Tinnitus. Von einem dekompensierten Tinnitus spricht man, wenn es dem Betroffenen schwer fällt, das Ohrgeräusch zu akzeptieren und wenn er einen hohen Leidensdruck bzw. starke Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben verspürt. Dies trifft zum Beispiel auf den Fall von Frau W. zu.

Für Sie als behandelnden Psychotherapeuten bzw. Arzt kann des Weiteren noch die Differenzierung des Tinnitus nach dem Entstehungsort bzw. der Genese – auf kochleärer bzw. neuraler Ebene – relevant sein. Die im Folgenden beschriebene Systematik (Zenner 1998) ermöglicht zwar, die verschiedenen Ursachen des Tinnitus auf zellulärer Ebene zu beschreiben, allerdings muss man sich bewusst machen, dass eine diagnostische Zuordnung zu den im Folgenden vorgestellten Tinnitustypen derzeit häufig nicht möglich ist. Sie kann jedoch als Grundlage für die Vermittlung von Tinnitusentstehungsmodellen an den Patienten im Rahmen der Psychoedukation hilfreich sein.

Auf übergeordneter Ebene können zunächst der Schallleitungstinnitus, der sensorineurale Tinnitus und der zentrale Tinnitus voneinander abgegrenzt werden. Der **Schallleitungstinnitus** bezieht sich auf Störungen im äußeren Gehörgang oder Mittelohr (z. B. entzündungsbedingte Störungen der Schallleitung mit Verlegung des äußeren Gehörgangs, Mittelohrerguss, Schallleitungsstörung durch Ohrenschmalz verursacht; Goebel 2003). Vibrationen der Mittelohrmuskeln oder des Stapesmuskels durch verschiedene nervöse Prozesse können ebenfalls zu Ohrgeräuschen führen, die jedoch eher dem objektiven Tinnitus zugeordnet werden (Goebel 2003).

Der **sensorineurale Tinnitus** basiert auf jeglichen Störungen im Innenohr bzw. der Cochlea. Es können vier Subtypen unterschieden werden (Zenner u. Ernst 1993):

Subjektiver und objektiver Tinnitus

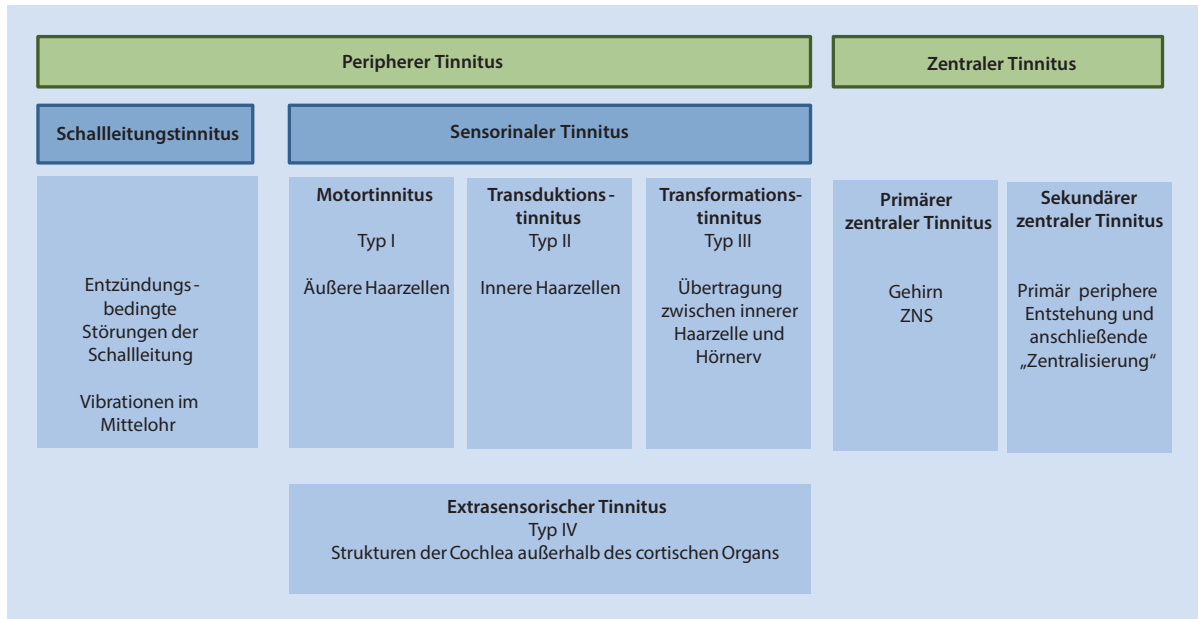
Akuter und chronischer Tinnitus

Kompensierter und dekompensierter Tinnitus



Schallleitungstinnitus

Sensorineuraler Tinnitus



■ **Abb. 2.2** Systematik der Entstehungsmechanismen eines subjektiven Tinnitus. (Adaptiert nach Zenner 1998)

- Der Motortinnitus (Typ I) bezieht sich auf Schädigungen der äußeren Haarzellen (z. B. durch eine Hypermotilität der äußeren Haarzellen).
- Der Transduktionstinnitus (Typ II) ist auf Störungen der cochleären Transduktion in den inneren Haarzellen (z. B. durch pathologische Veränderungen in den Ionenkanälen der Haarzellen) zurückzuführen.
- Der Transformationstinnitus (Typ III) entsteht durch Störungen bei der Informationsübertragung zwischen innerer Haarzelle und Hörnerv.
- Der extrasensorische Tinnitus (Typ IV) kann auf Ursachen im Innenohr außerhalb des Cortischen Organs zurückgeführt werden (z. B. Fehlfunktionen der Stria vascularis oder endolymphatischer Hydrops).

Schallleitungstinnitus und sensorineuraler Tinnitus können in der übergeordneten Kategorie des **peripheren Tinnitus** zusammengefasst werden.

Zentraler Tinnitus

Neben dem peripheren gibt es auch die Kategorie des **zentralen Tinnitus**, dessen Genese – wie der Name schon sagt – im zentralen Nervensystem angesiedelt ist. Er kann wiederum unterteilt werden in den primären und den sekundären zentralen Tinnitus. Ersterer kann unabhängig vom Mittel- oder Innenohr pathogenetisch ausschließlich auf das Gehirn und das zentrale Nervensystem zurückgeführt werden (z. B. Gehirntumoren, multiple Sklerose). Beim sekundären zentralen Tinnitus geht man davon aus, dass das Ohrgeräusch zwar primär peripher entstanden ist, sich dann aber durch Plastizitätsvorgänge im auditorischen Kortex „verselbständigt“ hat. Hier lässt sich eine große Ähnlichkeit zum Phantomschmerz beobachten, weshalb diese Tinnituskategorie auch als „Phantomtinnitus“ bezeichnet wird (De Ridder et al. 2011). Die ■ **Abb. 2.2** fasst die genannten Kategorien entsprechend der Genese der Ohrgeräusche noch einmal zusammen.

Mit Tinnitus leben lernen

Ein Manual für Therapeuten und Betroffene

Weise, C.; Kleinstäuber, M.; Kaldo, V.; Andersson, G.

2016, XVII, 324 S. 58 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-54762-1