

**Musik- und hörtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei
Tinnitus und Hyperakusis dargestellt am Beispiel der
Tinnitusklinik Chur – eine empirisch gestützte, musikmedizinisch-
hörtherapeutische Untersuchung**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades des
Doctor scientiae musicae im Rahmen des Promotionsstudienganges
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater Hamburg

Promotionsausschussvorsitzender:
Prof. Dr. Prof. h. c. Dr. h. c. Hans-Helmut Decker-Voigt

Erstgutachter: Prof. Dr. Prof. h. c. Dr. h. c. Hans-Helmut Decker-Voigt, Hamburg
Zweitgutachter: PD Dr. med. Dr. h. c. Andreas Schapowal, Landquart

vorgelegt von
Elisabeth Sigron Krausse
Hamburg, 2010

Datum der mündlichen Prüfung: 9.6.2011

Meinen Kindern Philipp und Luise gewidmet

Danksagung

Als ich zu Beginn des Jahres 2007 ins Doktoranden-Colloquium des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg aufgenommen wurde, hatte ich zunächst nur eine vage Vorstellung davon, welche Herausforderung das Schreiben einer Dissertation sein würde. Dass ich sie trotz mancher Hürden annehmen und verwirklichen konnte ist nicht zuletzt der Hilfe vieler Menschen in meinem Umfeld zu verdanken.

Besonders danken möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Prof. h. c. Dr. h. c. Hans-Helmut Decker-Voigt für die Vergabe der Arbeit, sein Vertrauen in mich, seine wertvolle Hilfe, seine Aufgeschlossenheit und sein besonderes Interesse an einem Thema, welches sich grenzüberschreitend an einer Schnittstelle zwischen musikmedizinischer Behandlung und musikpsychotherapeutischer Begleitung bewegt und für welches er auch bei Meinungsverschiedenheiten im Colloquium sprichwörtlich bereit war, „die Ärmel hochzukrempeln“. Neben wissenschaftlichem Anspruch waren stets aufmunternde Unterstützung und Menschlichkeit spürbar, was sich beispielsweise darin ausdrückte, dass die Beantwortung meiner Fragen trotz seines enormen Arbeitspensums und der Entfernung Hamburg – Cádiz immer sofort erfolgte.

Ein weiterer sehr grosser Dank gilt meinem Zweitgutachter Herrn PD Dr. Dr. h. c. Andreas Schapowal. Als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zeigte er besonderes Interesse an der Verbindung von Medizin und Musiktherapie, wobei es ihm neben der Wirkung von Musik ebenso um die damit verbundene Interaktion zwischen Patient und Therapeut ging. Letztlich war er es, der die Anregung zu dieser Arbeit gab und diese auch in seiner Funktion als Präsident der Schweizerischen Tinnitus-Liga wertvoll unterstützte und bei der Bearbeitung vieler Fragen im medizinischen Bereich eine sehr grosse Hilfe war.

Danken möchte ich auch unserem Klinik-Psychologen Dr. Franco Arnold für seine Gabe, komplizierte Sachverhalte in eine verständliche Form zu bringen, stets gewürzt durch eine Prise Humor. Oft war es ein kurzer Austausch im

Vorbeigehen, der neue Anregungen und Ideen brachte, kritische Fragen aufwarf und zugleich half, aus so mancher gedanklichen Sackgasse wieder herauszufinden.

Wer eine wissenschaftliche Arbeit schreibt kommt spätestens bei der Erstellung von Abbildungen und Diagrammen mit den häufig zunächst verborgenen Möglichkeiten aber auch Widerständen der Computertechnik in Berührung. Wohl dem, der sich damit auskennt. Hier waren mir Werner Fischer, der Computer-Spezialist unserer Klinik, Josua, der Informatikstudent und Freund meiner Patentochter Friederike, sowie der Informatiker Loris Zanolari eine enorme Hilfe.

Ebenso dankbar bin ich für die Unterstützung des Pflege-Teams der Psychotherapie-Station der Klinik Waldhaus in Chur. Trotz vieler Aufgaben nahm sich einer von ihnen immer die Zeit, mir beim Kopieren benötigter Patientenunterlagen behilflich zu sein, eingebettet in ein sehr angenehmes, freundliches und von gegenseitiger Wertschätzung getragenes Arbeitsklima.

Ein weiterer Dank gilt Frau Dr. Suzanne von Blumenthal, die sich als Chefärztin der Psychiatrischen Dienste Graubünden für die Idee einer schweizerischen Tinnitusklinik begeistern liess und deren Umsetzung aktiv unterstützte, wodurch die vorliegende Arbeit überhaupt erst möglich wurde.

Auch bei Frau Dr. Svjetlana Vinkovic, Co-Chefärztin und Leiterin der Tinnitusklinik Chur bedanke ich mich für die sehr gute Zusammenarbeit.

Im Mittelpunkt dieser Dissertation stehen Menschen, die von Tinnitus und Hyperakusis betroffen sind und Hilfe suchen. Das mir durch meine Patienten entgegengebrachte Vertrauen, ihre Hoffnungen, Wünsche und zugleich ihre Bereitschaft zu Auseinandersetzung und Veränderung erfüllen mich mit besonderer Dankbarkeit. Ich empfinde es als Geschenk, Menschen auf der Suche nach für sie Heilsamen zu begegnen, sie begleiten und unterstützen zu dürfen. Dabei ist das was man gibt und empfängt nie einseitig.

Zuletzt wende ich mich den Menschen zu, mit denen ich mich von Geburt an auf besondere Weise verbunden fühle – meiner Familie.

Sie ist eine der Kraftquellen, aus denen ich schöpfen kann.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1: Theoretischer Teil - Medizinische Grundlagen, Begriffsbestimmungen

1. Einleitung	1
2. Physiologie des Hörens	5
2.1. Physiologie des Mittelohrs.....	5
2.2. Funktionsweise der Cochlea – zentrale Hörverarbeitung.....	5
2.3. Audiometrie.....	9
2.3.1. Reintonaudiometrie.....	12
3. Tinnitus	13
3.1. Definition.....	13
3.2. Klassifikationen.....	15
3.3. Modelle zur Entstehung des Tinnitus	16
3.4. Psychopathologie bei Tinnitus.....	23
3.5. Diagnose.....	27
3.6. Therapie.....	29
3.7. Simulation und Aggravation.....	31
4. Hyperakusis	33
4.1. Definition.....	33
4.2. Diagnose.....	33
4.3. Therapie.....	34
5. Phonophobie	35
6. Aufgabenstellung	36

7. Aktuelle Studien zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis.....	39
7.1. Das Heidelberger Modell.....	39
7.2. Die Tinnituszentrierte Musiktherapie.....	41
8. Begriffsbestimmungen: Musiktherapie, Hörtherapie.....	44
8.1. Musiktherapie – Versuch einer begrifflichen Klärung.....	44
8.2. Hörtherapie.....	51

Teil 2: Praktischer Teil -Musik- und Hörtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Tinnitus und Hyperakusis im Rahmen der stationären Therapie der Tinnitusklinik Chur

9. Die Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis in der Tinnitusklinik Chur – Ziele, Aufbau, Vorgehensweisen und Untersuchungsergebnisse.....	55
9.1. Rahmenbedingungen – das therapeutische Konzept der Klinik.....	55
9.2. Schulung von Hörbewusstsein und Hörverhalten – der therapeutische Ansatz für die Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur.....	58
9.2.1. Hörbewusstsein.....	62
9.2.2. Hörverhalten.....	63
9.3. Ziele der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis.....	66
9.4. Bestandteile der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis.....	68
9.4.1. Das hörtherapeutische Gespräch.....	70
9.4.1.1. Das hörtherapeutische Erstgespräch – Höranamnese.....	71
9.4.1.2. Patientenbefragung zu Hörvorlieben bei Geräuschen und Klängen...75	
9.4.1.3. Patientenbefragung zu musikalischen Vorlieben.....	76
9.4.1.4. Patientenbefragung zum Hörverhalten.....	81
9.4.1.5. Tinnitus – das Phantom im Ohr.....	85
9.4.1.6. Störgeräusche von aussen – die Hyperakusis.....	88
9.4.1.7. Tinnitus und Schlaf.....	91
9.4.1.8. Patientenbefragung zu Erwartungen und Zielen.....	94

9.4.1.9. Möglichkeiten der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis.....	97
9.4.2. Hör- und Wahrnehmungsübungen.....	98
9.4.2.1. Das Prinzip von Aufmerksamkeit und Bewertung und die Begrenztheit menschlichen Wahrnehmens.....	102
9.4.2.2. Multisensorische Wahrnehmungsübungen.....	107
9.4.2.3. Hörübungen mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik.....	117
9.4.3. Das Musikhörtraining.....	124
9.4.3.1. Ziele und Vorgehensweisen des Musikhörtrainings.....	134
9.4.4. Das Klanggestalten.....	139
9.4.4.1. Patientenbefragung zu eigener Musizierpraxis.....	140
9.4.4.2. Ziele und Vorgehensweisen.....	141
9.4.5. Entspannungsverfahren in der Musik- und Hörtherapie.....	145
9.4.5.1. Patientenbefragung zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen aufgrund des Tinnitus/der Hyperakusis.....	146
9.4.5.2. Was ist Entspannung?.....	148
9.4.5.3. Entspannungsverfahren in der Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur.....	155
10. Falldokumentationen.....	169
10.1. Frau L., Herr B.....– 10 ausführliche Fallberichte.....	169
10.2. Die Musik- und Hörtherapie in der Tinnitusklinik Chur – MusikMedizin oder Musiktherapie? – eine zusammenfassende Betrachtung der Fallbeispiele.....	260
11. Veränderungen durch die Musik- und Hörtherapie.....	268
11.1. Fragebogen zur Datenerhebung.....	268
11.2. Untersuchungsergebnisse.....	270
12. Patientenbefragung mit Hilfe standardisierter Verfahren – Untersuchungsergebnisse.....	283
12.1. Tinnitusfragebogen nach Göbel und Hiller (TF).....	283

12.2. Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen nach Nelting (GÜF).....	286
12.3. Beckisches Depressions-Inventar (BDI).....	289
12.4. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R).....	290
13. Zusammenfassung.....	293
14. Literaturverzeichnis.....	298
15. Lebenslauf.....	312

Liste der Abkürzungen

c-fos	Gen für Signaltransduktion
CROS	Contralateral Recruitment Of Signals
HdO-Gerät	Hinter-dem-Ohr-Hörgerät
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohrenarzt
HWS	Halswirbelsäule
IdO-Gerät	In-dem-Ohr-Hörgerät
i-Pod	Variante eines MP3-Players
KL	Knochenleitung
Koto	japanische Zither
LL	Luftleitung
MHT	Musik- und Hörtherapie
MT	Musiktherapie
MP3-Player	kleines, tragbares Gerät für Speicherung und Wiedergabe komprimierter Musikdateien
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PTS	Psychotherapiestation
STL	Schweizerische Tinnitus-Liga
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungs-Anstalt
UBS	Unbehaglichkeitsschwelle

Teil 1: Theoretischer Teil - Medizinische Grundlagen, Begriffsbestimmungen

1. Einleitung

„Ich halte es für meine Pflicht, Sie von dem schweren Schicksalsschlag, der mich getroffen hat, - dass ich vielleicht mein Gehör verlieren werde - , zu benachrichtigen.“ (Honolka 2000)

Es war im Sommer des Jahres 1874 als diese Zeilen den stellvertretenden Vorsitzenden der Prager Theatergenossenschaft Antonin Cizek, erreichten. Absender war einer der wichtigsten Künstler des tschechischen Musiklebens, der heute als der Begründer der tschechischen Nationalmusik gilt – Bedrich Smetana.

Nach einem sich über mehrere Wochen hinziehenden Halskatarrh bemerkte Smetana hin und wieder ein leises Pfeifen im rechten Ohr, *„eher abends als tagsüber und ganz kurz...“*, welches trotz Genesung von den Halsschmerzen zunehmend intensiver und länger anhaltend auftrat. Ein ziemlich lästiges Sausen sei hinzugekommen. Smetana berichtet von belegten Ohren und einem Rauschen, als ob er neben einem starken Wasserfall stünde. Allabendlich plagte ihn zusätzlich ein starkes *„Pfeifen in den höchsten Tönen – As-Dur, Sextakkord – viergestrichene Oktave“*.

Als sich auch noch Schwindelanfälle hinzugesellten, so dass er *„hin und her schwankte und nur mit grösster Konzentration aufrecht gehen konnte“*, ersuchte er Dr. Zoufal, einen *„berühmten Spezialisten in diesem Fach“* um Hilfe. *„Er verbietet mir jegliche Betätigung und jedwede musikalische Aktivität; ich darf nicht spielen, darf und kann auch nicht jemanden spielen hören...“*.

Verschiedene Behandlungsversuche - Smetana berichtete von einem Katheter, der in sein Ohr eingeführt wurde, um Luft ins Innere desselben zu pressen und von einer Reise nach Leipzig, wo er elektrisiert werden sollte - blieben ohne Wirkung. *„Der innerliche Apparat – diese wunderbare Klaviatur unseres inneren Organismus – ist gestört, verstimmt, die*

Hämmerchen klemmen, und kein Stimmer hat diese Klaviatur bis jetzt reparieren können.“

Ohrgeräusche sind ein sehr altes Phänomen. Erste Erwähnungen finden sich bereits in der babylonischen Medizin im 17. Jhr. v. Chr., auf ägyptischen Papyri, im Ayur-Veda und im Corpus Hippocraticum. So unterschiedlich wie die Arten des Auftretens waren auch die dafür zur Beschreibung eingesetzten Begriffe. So gebrauchte der griechische Arzt Hippokrates die Bezeichnungen „èchos“ (Klang), „bombos“ (Summen, Brummen) und „psophos“ (feines Geräusch), um Hörsensationen im Ohr zu beschreiben (Feldmann 1998).

Der Begriff „Tinnitus“ tauchte neben der Bezeichnung „Sonitus“ erstmals bei Plinius dem Älteren (23-79 n. Chr.) auf und wird heute als allgemein gebräuchlicher Terminus technicus für alle Arten von Ohr- und Kopfgeräuschen verwendet.

Tinnitus ist ein Symptom gestörter Hörwahrnehmung, welches in den westlichen Industrienationen immer häufiger zu beobachten ist. 8% der Bevölkerung haben bereits eigene Erfahrungen mit Ohrgeräuschen, 4 % haben chronisch Tinnitus (Pilgramm et al. 1999). 1% weist eine schwergradige Betroffenheit durch den Tinnitus auf, was wiederum bedeutet, dass hier dringend Behandlungsbedarf besteht.

Als Hauptursache für die Entstehung vermutet man Hörschäden. Über 90% der Betroffenen weisen eine Funktionsstörung im Innenohr auf. Anzunehmen ist, dass diese mehrheitlich auf Beeinflussung durch Lärm zurückzuführen ist. Beobachtbar ist eine ständige Zunahme von Umweltgeräuschen, die sowohl in Intensität und Einwirkungsdauer die Grenze des Erträglichen immer mehr überschreiten. Aufgrund der rasanten Entwicklung technischer Medien zur Wiedergabe von Musik spielt auch das Hörverhalten des Einzelnen hierbei eine wichtige Rolle.

Das Auftreten von Ohrgeräuschen bedeutet nicht zwangsläufig, dass der Betroffene unter ihnen leidet. Hierbei kommen seelische Belange, individuelle Denk- und Wahrnehmungsmuster ins Spiel, die Einfluss darauf nehmen, wie ein Tinnitus erlebt und empfunden wird.

Tinnitus-Betroffene haben häufig auch eine Geräuschüberempfindlichkeit, eine sogenannte Hyperakusis, die sowohl einseitig (43%), als auch beidseitig und häufig in Verbindung mit dem Tinnitus auftreten kann. Doch die Hyperakusis kann auch ohne Tinnitus vorkommen, beziehungsweise diesem vorausgehen. Als Ursache vermutet man Störungen der zentralen Verarbeitung von Schallsignalen in Verbindung mit deren Bewertung. Die Betroffenen nehmen Geräusche bereits bei geringer Intensität als störend wahr. Eine Umfrage der Schweizerischen Tinnitus-Liga ergab, dass 70% der Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis, sich durch die Geräuschüberempfindlichkeit mehr gestört fühlen als durch den Tinnitus (Kellerhals und Zogg 2004).

In schweren Fällen kann eine Hyperakusis bis zu Angststörungen und sozialem Rückzug führen. Spätestens dann wird wie im Fall einer schwergradigen Tinnitusbelastung eine stationäre psychotherapeutische Behandlung erforderlich.

In den letzten Jahren war diese im deutschsprachigen Raum allein in Deutschland möglich. Hilfesuchenden Patienten in der Schweiz standen vereinzelt Anlaufstellen im ambulanten medizinischen Bereich und die im Jahre 1990 als Selbsthilfe-Organisation gegründete Schweizerische Tinnitus-Liga zur Verfügung. Wurde eine stationäre Behandlung erforderlich, mussten sich die Patienten ins benachbarte Ausland begeben.

Seit Januar 2006 besteht mit der Tinnitusklinik in Chur erstmals ein stationäres Behandlungsangebot für Tinnitus und Hyperakusis in der Schweiz, welches neben verhaltenstherapeutischen Ansätzen als wesentlichen Baustein die Musik- und Hörtherapie umfasst. Im Unterschied zu Deutschland, wo die Tinnitusbehandlung eng mit der Psychosomatik verknüpft ist, wurde die erste schweizerische Tinnitusklinik in die Psychotherapie-Station der Klinik Waldhaus in Chur, einer kantonalen psychiatrischen Klinik integriert. Ein wie in Deutschland häufig anzutreffendes „Wellness“-Programm sucht man hier vergeblich.

Die vorliegende Arbeit widmet sich den Möglichkeiten der musik- und hörtherapeutischen Behandlung im Rahmen des Gesamtkonzeptes.

Ziel ist, die Vorgehensweise in der Musik- und Hörtherapie am Beispiel der Tinnitusklinik in Chur zu beschreiben und auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Von Interesse ist zu sehen, welche Veränderungen bei den Patienten durch die Behandlung möglich sind und wie sie selbst diese Veränderungen einschätzen.

Im Unterschied zu anderen Untersuchungen, die durch eine Reihe von Ausschlusskriterien gekennzeichnet sind und vor allem im ambulanten Bereich durchgeführt wurden, berücksichtigt die vorliegende Untersuchung Patienten mit zum Teil sehr unterschiedlichen Beschwerdebildern, die überwiegend schwer- sehr schwergradig durch Tinnitus und/oder Hyperakusis betroffen sind. Eine aus meiner Sicht eher praxisferne Begrenzung hinsichtlich Tinnitus-Qualität, Grad der Betroffenheit sowie psychischer Komorbiditäten erfolgt nicht. Untersucht wurde eine Gruppe von 33 Patienten, deren Auswahl lediglich durch die Vollständigkeit des auszuwertenden Datenmaterials bestimmt wurde.

Die Datenerhebung erfolgte neben standardisierten Verfahren mit Hilfe eines eigenen Fragebogens und Dokumentationen zum Therapieverlauf.

Im Mittelpunkt stand hierbei die Frage, ob und in welcher Form sich durch die Musik- und Hörtherapie Einfluss auf das Hörbewusstsein- und Hörverhalten der Patienten nehmen und der Leidensdruck durch Tinnitus beziehungsweise Hyperakusis verringern lässt.

2. Physiologie des Hörens

2.1. Physiologie des Mittelohrs

Während des Hörens werden Schallsignale aufgenommen und verarbeitet. Die Aufnahme der Schallwellen beginnt am äusseren Ohr, dessen Ohrmuscheln auch für das Richtungshören von Bedeutung sind. Von hier gelangt der Schall über den Gehörgang bis zum Trommelfell. Das mit Luft gefüllte Mittelohr dient als Impedanzwandler zwischen der Luft des äußeren Gehörgangs und dem Flüssigkeitsraum des Innenohres. 60 % der auftretenden Schallenergie werden bei funktionsfähigem Mittelohr im Frequenzbereich der geringsten Impedanz auf das Innenohr übertragen.

Die Impedanzanpassung erfolgt über die Hebelwirkung der Gehörknöchelchenkette bestehend aus Hammer, Amboss und Steigbügel und durch die Übertragung von Bewegung auf die kleine Fläche der Stapesfussplatte, die lediglich 1/20 der Trommelfellfläche beträgt. Dabei wird die Schallintensität 18 bis 22fach verstärkt.

Die Muskeln im Mittelohr (M. tensor tympani und M. stapedius) haben die Aufgabe, Trommelfell und Gehörknöchelchenkette in einem optimalen Spannungszustand zu halten. Bei Schalleinwirkung von 60 – 80 dB oberhalb der Hörschwelle kontrahiert sich der M. stapedius. Dieser Stapediusreflex kann durch reflektorische Anspannung eine begrenzte Schutzfunktion für das Innenohr ausüben. Bei Eigenvokalisation kann der Stapediusreflex auch schon als Prävokalisationseffekt auftreten und vor Hörschäden schützen. Ferner reduziert der Stapediusreflex die Übertragung von Schall vor allem niedriger Frequenzen auf das Innenohr und begünstigt so das Verstehen höherfrequenter Höreindrücke.

2.2. Funktionsweise der Cochlea – zentrale Hörverarbeitung

Im Innenohr, speziell an den inneren Haarzellen findet die Umwandlung mechanischer Schwingung in elektrische Impulse statt. Die Cochlea besteht aus 2 ½ Windungen, die mit Perilymphe gefüllt und durch zwei dünne,

schwingungsfähige Membranen geteilt sind. Die Basilarmembran trägt die Hörsinneszellen des Innenohres (Abb. 1).

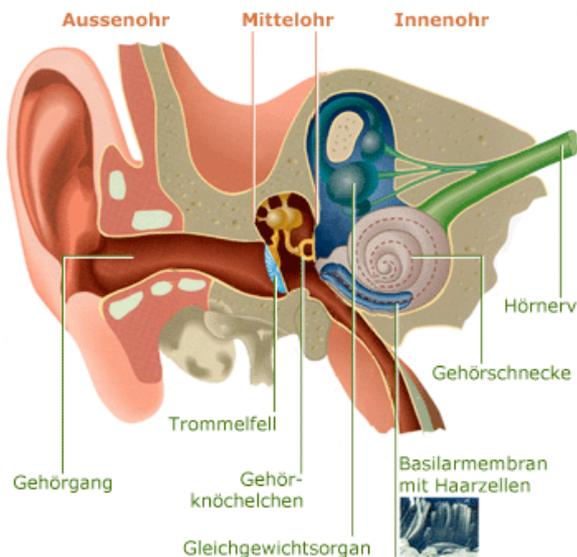


Abb. 1: Aufbau des menschlichen Ohres (SUVA)

Das ovale Fenster bildet den Übergang vom Mittel- zum Innenohr. Das darunter liegende runde Fenster dient dem Druckausgleich im Innenohr. Bei einer Beschallung des Ohres werden die Schwingungen via Trommelfell-Gehörknöchelchenkette über das ovale Fenster an die Perilymphe in die Scala vestibuli abgegeben. Damit wird die Flüssigkeit in der Scala tympani in Form einer passiven **Wanderwelle** verdrängt (Abb. 2), was zu einer Auslenkung der Membran des runden Fensters in Richtung Pauke führt. Dies hat eine Auslenkung der Basilarmembran und des auf ihr aufsitzenden Corti-Organ mit den Sinneszellen nach unten zur Folge. Die Auslenkung der Basilarmembran führt zu einer Scherbewegung zwischen Tektorialmembran und Corti-Organ mit einer Phasenverschiebung von 180° . Dabei werden die Stereozilien der äußeren Haarzellen abgeschert. Dies stellt den adäquaten mechanischen Reiz der äusseren Haarzellen dar. Die inneren Haarzellen, die keinen Kontakt zur Tektorialmembran haben, werden bei niedrigen Frequenzen durch eine Endolymphströmung erregt.



Abb. 2: Schallübertragung durch die Gehörknöchelchenkette im Mittelohr über die Wanderwelle im Innenohr zu den Haarzellen

Die passive Wanderwelle erreicht an einem bestimmten Ort der Basilarmembran ein Maximum, um im weiteren Verlauf schnell an Amplitude zu verlieren. Die Lokalisation dieser maximalen Amplitude ist frequenzspezifisch. Hohe Töne werden an der Schneckenbasis, tiefe an der Schneckenspitze abgebildet, was die Tonotopie der Cochlea darstellt. Ein mehrere Frequenzen umfassender akustischer Reiz wird entlang der Basilarmembran aufgespreizt (Frequenzdispersion).

Die Haarzellen der drei äusseren Reihen auf der Basilarmembran sind zu aktiven Schwingungen fähig. Die otoakustischen Emissionen gelten als Nachweis gesunder Haarzellen, denn nur diese können sich kontrahieren. Die äusseren Haarzellen fungieren als modulierender Filter für die inneren Haarzellen. Sie können den eintreffenden Schall sowohl verstärken und damit eine Hörverbesserung bis zu 40 dB bewirken, als auch in Form eines Lautheitsausgleiches abschwächen. Die inneren Haarzellen bewirken eine Transduktion der mechanischen Energie in ein bioelektrisches Potenzial. Sie werden über das Amplitudenmaximum der Wanderwelle an verschiedenen Orten der Basilarmembran frequenzspezifisch erregt. Für den Transduktionsprozess verfügen die Haarzellen über Ionenkanäle. Das Signal der inneren Haarzelle wird im Bereich der Synapse mit Hilfe von Transmittern (Glutamat) weitergegeben. Die Energieversorgung der Haarzellen erfolgt nicht über das Gefässsystem, sondern über die Perilymphe.

Die in den inneren Haarzellen entstehenden Nervenimpulse werden im Hörnerv weiter verarbeitet. Durch die Transformationsprozesse entstehen Aktionsströme in bestimmten Fasern des Hörnervs, die kodiert weitergeleitet werden. Hierfür bestehen verschiedene Möglichkeiten. So kann die Frequenz durch eine frequenzspezifische Zuordnung der Nervenfasern verschlüsselt werden, während die Lautstärke durch die Häufigkeit der Aktionsimpulse übermittelt wird. Je mehr Impulse abgegeben werden, umso lauter wird das Schallereignis empfunden.

In der **zentralen Hörbahn** (Abb. 3) werden die Aktionsströme teils gekreuzt, teils ungekreuzt mit mehreren Umschaltungen zur Hirnrinde geleitet. Durch komplizierte aktive Bahnungs- und Hemmungsprozesse wird der Informationsfluss verändert, ausgewählt und verbessert. Die **Aufsteigende Hörbahn** besteht aus den afferenten Fasern des N. cochlearis, die im Nucleus cochlearis enden. Dieser Kern ist aufgebaut aus einem ventralen und einem dorsalen Teilkern. Die afferenten Fasern terminieren fast ausschliesslich im ventralen Kern, während der dorsale kaum Informationen enthält. Der ventrale Cochleariskern ist tonotop organisiert. Die Neuronen des ventralen Cochleariskerns projizieren gekreuzt und ungekreuzt zum oberen Olivenkomplex. Der dorsale Cochleariskern projiziert dagegen zum Lemniscus lateralis der Gegenseite. Die nächste Relaisstation der aufsteigenden Hörbahn ist der Lemniscus lateralis und insbesondere der Colliculus inferior. Dieser Colliculus inferior ist der grösste auditorische Kern. Seine Neuronen projizieren aufsteigend zum Corpus geniculatum mediale. Von hier aus erfolgt die Hörstrahlung zum primären auditorischen Kortex in der Heschel-Querwindung und im Sulcus lateralis cerebri. Dieses primäre auditorische Areal wird von assoziierten auditorischen Arealen umgeben. Auch der auditorische Kortex ist tonotop organisiert. Der auditorische Kortex ist für die Analyse komplexer Schallsignale und die Diskrimination auditorischer Zeitmuster empfindlich.

Die **Absteigende Hörbahn** verläuft parallel zur aufsteigenden Bahn. Höhere Zentren sind durch diese efferenten Bahnen in der Lage, die Aktivität niederer Zentren zu modulieren. So existieren zwischen dem auditorischen

Kortex und dem Corpus geniculatum mediale Regelkreise aus afferenten und efferenten Neuronen. Der Colliculus inferior wird von Efferenzen aus dem Kortex und dem Corpus geniculatum mediale erreicht. Von hier ziehen Fasern zum oberen Olivenkomplex und zum dorsalen Kochleariskern. Die bekannteste efferente Bahn stellt das olivokochleäre Bündel dar, das überwiegend die äusseren Haarzellen im Corti-Organ innerviert.

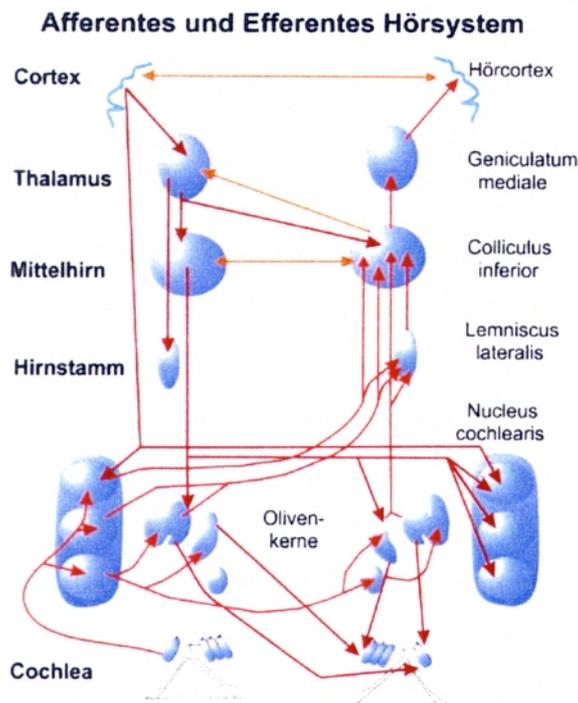


Abb. 3: Modell der zentralen Hörbahn

2.3. Audiometrie

Die Audiometrie ist die Lehre von der Funktionsprüfung des Gehörs.

Das Ohr ist in der Lage, sich in der Luft ausbreitenden Schall zu empfangen und zu verarbeiten. **Schall** entsteht durch mechanische Schwingungen eines Körpers und breitet sich in elastischen Medien wie z. B. Luft aus, nicht im luftleeren Raum aus. Die Schallgeschwindigkeit beträgt in Luft 340 m/s. Schallwellen haben ähnliche physikalische Eigenschaften wie andere Wellen (z. B. Licht, elektromagnetische Wellen) wie z. B. Beugung und Reflexionen. Ein Schallgenerator wie z. B. die Zinken der in Schwingung versetzten Stimmgabel regen die umgebenden Moleküle der Luft im Rhythmus dieser Schwingungen an. Dabei entstehen geringe Dichteunterschiede und damit Luftdruckschwankungen, die sich dem

normalen Luftdruck überlagern. Diese kleinen Schwankungen breiten sich nach allen Seiten hin gleichmässig aus. Betrachtet man den zeitlichen Verlauf dieser Druckschwankungen, so ergibt sich ein wellenförmiger Kurvenverlauf, der als „Sinusfunktion“ in der Mathematik bekannt ist. Deshalb spricht man auch von Sinustönen. Das Mass für die Abweichung vom normalen Luftdruck ist die Amplitude. Je grösser die Amplitude (Druckänderung), um so lauter der Ton. Bestimmend für die Lautstärke eines Tones ist somit der Schalldruck. Die Sinusfunktion ist eine periodische Funktion, d. h. sie stellt die Druckänderungen von Null über Maximum und Minimum bis wieder hin zu Null dar, um danach erneut zu beginnen. Die Zeit, die für einen solchen Zyklus benötigt wird, heisst Schwingungsdauer „T“ (in s). Die **Frequenz** „f“ in Hz (Hertz) ist die Anzahl der Schwingungen, die in einer Sekunde durchlaufen werden. Man erhält die Frequenz, wenn man den reziproken Wert der Schwingungsdauer berechnet. Die Höhe der Frequenz bestimmt auch die Tonhöhe, d. h. je höher die Frequenz eines Tones, umso höher empfindet man den Ton. Das menschliche Ohr ist in der Lage, Schalldrücke von $20 \cdot 10^{-6}$ bis 20 Pa (Pascal) zu verarbeiten, d. h. der Dynamikbereich des Ohres (der gesamte Hörbereich zwischen Hör- und Schmerzschwelle) umfasst sechs Zehnerpotenzen. Um diesen ausgedehnten Bereich in übersichtliche Messgrössen einzuteilen, verwendet man eine logarithmische Skalierung, das Dezibel (dB). Das Dezibel ist das logarithmische Verhältnismass zwischen dem Bezugsschalldruck (0 dB) und dem Prüfschalldruck. 0 dB entsprechen in der physikalisch exakten Absolutdarstellung einem Schalldruck von $20 \mu\text{Pa} = 2 \times 10^{-4} \mu\text{bar}$ bei 1 kHz. Damit wird also zunächst nur das logarithmierte Verhältnis zweier Grössen zueinander angegeben, das als „Pegel“ bezeichnet wird. Für die audiometrische Messung steht hierfür der Schalldruck zur Verfügung. Der Schalldruckpegel errechnet sich damit folgendermassen: $L \text{ (dB)} = 20 \cdot \log p/p_0$. p_0 ist dabei der kleinste wahrnehmbare Schalldruck. Unter Anwendung dieser Formel ergibt sich ein Dynamikbereich von 120 dB. Der physiologische Bezug ist dadurch gegeben, dass eine Erhöhung um 10 dB etwa zu einer Verdoppelung des Lautheitsempfindens führt. Um den Bezug

zum kleinsten wahrnehmbaren Schalldruck zu kennzeichnen ($20 \mu\text{Pa}$), wird der Schalldruckpegel in dB SPL (Sound Pressure Level = Schalldruckpegel) angegeben.

Das menschliche Ohr kann einen Frequenzbereich von 20 – 20000 Hz erfassen. Dieser Bereich ist für eine audiometrische Messung kaum realisierbar, was die Festsetzung sinnvoller Messfrequenzen erfordert. In der Regel erfolgt die Untersuchung des Sprachbereichs (100 – 10000 Hz), da eine merkliche Hörminderung erst dann vorliegt, wenn das Verstehen von Sprache beeinträchtigt ist. Jedoch ist dieser Frequenzbereich für messtechnische Zwecke noch immer zu umfangreich. Unter Berücksichtigung der physiologischen Besonderheiten des menschlichen Gehörs wurden Frequenzen ausgewählt, bei denen eine Verdopplung der Tonhöhen empfunden wird. Hierbei handelt es sich um Oktavabstände. Von der Grundfrequenz von 125 Hz ausgehend ergeben sich somit als Testfrequenzen 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 und 8000 Hz. In den höheren Frequenzen nehmen die Oktavabstände zu. Um grösstmögliche Messgenauigkeit zu erreichen, wurden darum ab 500 Hz noch Halboktaven (750, 1500, 3000, 6000, 10000 Hz) berücksichtigt. Da für Tinnituspatienten der Hochtonbereich von besonderem Interesse ist, werden in der Tinnitusklinik Chur auch die Frequenzen von 11000, 12000, 14000 und 16000 Hz gemessen.

Psychoakustische Untersuchungen ergaben, dass das menschliche Ohr Lautstärken unterhalb von 1000 Hz und über 4000 Hz weniger gut wahrnimmt. Da eine audiometrische Untersuchung dazu ausgelegt ist, den Hörverlust in Abhängigkeit von der Frequenz zu ermitteln, wurden die Lautstärken im Audiometer durch entsprechende Verstärkung so verändert, dass bei der Einstellung 0 dB SPL die Hörschwelle unabhängig von der Frequenz zu messen ist. Dies gilt auch für die Schwelle der Knochenleitung, die in Wirklichkeit 50 dB über der Luftleitungsschwelle liegt. Der Lautstärkepegel im Audiometer wird darum mit dB HL (Hearing Level) bezeichnet.

2.3.1. Reintonaudiometrie

Bei der Reintonaudiometrie wird grundsätzlich die Hörschwelle in Luft- und Knochenleitung (LL und KL) bestimmt. Dabei erzeugt das Audiometer Sinustöne unterschiedlicher Lautstärke. Bezugspunkt für die audiometrische Prüfung ist die menschliche Hörschwelle bei 1kHz. Der für die Hörempfindung notwendige Ton hat einen Schalldruck, der dem Durchschnittswert hörgesunder Jugendlicher entspricht und bei $2 \cdot 10^{-4}$ Pa liegt. Dieses Mass ist der Bezugspunkt für die physikalische Bemessung der Hörschwelle in dB SPL.

In der Audiometrie wird die **relative Hörschwelle**, das frequenzabhängig gerade Hörbare, verwendet. Darum ergibt sich in der Darstellung der üblichen Audiogramme (Hörverlust in dB HL, aufgetragen gegen die Frequenz) beim Normalhörenden eine Nulllinie. Ein vorhandener Hörverlust wird frequenzspezifisch in LL und KL ermittelt. Bei der KL wird das Schallsignal über den Knochen auf das Innenohr übertragen.

Um ein akustisches Trauma zu vermeiden, begnügt man sich bei der Bestimmung der LL mit maximalen Lautstärken von 110 dB HL; für die KL stehen nur Schallpegel bis circa 70 dB HL zur Verfügung.

3. Tinnitus

3.1. Definition

Der Begriff Tinnitus leitet sich ab vom lateinischen „tinnire“, was Klingeln bedeutet. Vermutlich wurde er von Plinius dem Älteren in die Medizin eingeführt und fungiert als Oberbegriff für alle Arten von Ohr- und Kopfgeräuschen.

Je nachdem wo die Geräusche zu lokalisieren sind, unterscheidet man begrifflich zwischen „Tinnitus aurium“ für Geräusche in den Ohren und „Tinnitus capitis“ für Geräusche, die im Kopf wahrgenommen werden.

Tinnitus ist ein sehr altes Phänomen, welches bereits in der babylonischen Medizin im 17. Jh. v. Chr., auf ägyptischen Papyri, im Ayur-Veda und im Corpus Hippocraticum Erwähnung findet (Feldmann 1998) und in den westlichen Industrienationen immer häufiger zu beobachten ist.

Der Vergleich verschiedener, epidemiologischer Studien über das Auftreten von Tinnitus in der Bevölkerung ergab jedoch, dass die Zahl der Tinnitusbetroffenen in den letzten Jahren nicht wesentlich angestiegen ist. Hesse schlussfolgert, dass vielmehr die Behandlungsbedürftigkeit und wohl auch entsprechende Behandlungsmöglichkeiten zugenommen haben (Hesse 2008).

Nach ICD-10 als „Degenerative Erkrankung des Innenohrs“ unter H93.1 klassifiziert, ist Tinnitus keine eigenständige Erkrankung, sondern vielmehr ein Symptom gestörter oder veränderter Hörwahrnehmung. Der Krankheitswert entsteht erst durch das Leiden am Tinnitus.

Man unterscheidet zwei Formen: Der **objektive Tinnitus** wird durch eine Schallquelle innerhalb des Körpers ausgelöst und ist somit sowohl vom Patienten als auch vom Untersucher wahrnehmbar (Strutz u. Mann 2010). In der Regel handelt es sich um pathologisch verstärkte Körper-eigengeräusche. Ein Beispiel hierfür ist der **vaskuläre Tinnitus**, der durch Gefässanomalien verursacht und immer pulssynchron wahrgenommen wird. In erster Linie ist an Gefäßprozesse im Bereich des Mittelohres zu denken, insbesondere an einen Glomustumor (Glomus tympanicum,

Glomus jugulare, Glomus vagale), an Aneurysmen im Bereich der A. carotis interna und der Aa. cerebri, arteriosklerotische Gefäßstenosen, arteriovenöse Fisteln oder Gefäßmissbildungen. Die jeweiligen Strömungsgeräusche lassen sich objektivieren, d. h. mit einem Stethoskop auskultieren oder mit einem Mikrophon aufzeichnen.

Ebenso können spontane Kontraktionen des M. stapedius und/oder des M. tensor tympani im Mittelohr Einfluss auf die Schallleitung nehmen und dadurch objektivierbare Ohrgeräusche in Form eines rhythmischen Klickens hervorrufen. Dies kann auch durch Kontraktionen des M. tensor veli palatini, der am Tubenknorpel ansetzt, geschehen. Man spricht dann von einem **muskulären Tinnitus**. Mit dem Tinnitus synchron auftretende Bewegungen des Trommelfells weisen auf den M. tensor tympani als Auslöser hin, solche Bewegungen des weichen Gaumens auf den M. tensor veli palatini.

In sehr seltenen Fällen können Menschen einen auch für Aussenstehende hörbaren Ton generieren, der mit Hilfe der otoakustischen Emissionen nachweisbar ist. Als Ort der Entstehung vermutet man hier die äusseren Haarzellen.

Weitaus schwieriger gestaltet sich die Ursachenbestimmung bei der mehrheitlich auftretenden Form des **subjektiven Tinnitus**. Hier kann nur der Betroffene selbst das Ohrgeräusch wahrnehmen. Es kann ein- oder beidseitig auftreten, temporär oder permanent sein. Eine innere Schallquelle ist mit den heute vorhandenen audiologischen Untersuchungsmöglichkeiten noch nicht nachweisbar, was jedoch nicht bedeutet, dass die vom Betroffenen gehörten Geräusche jeglicher Grundlage entbehren.

Die Ohrgeräusche werden von den Betroffenen ganz unterschiedlich beschrieben wie z. B. als Brummen, Pfeifen, Zischen oder Rauschen, wobei sie tief-, mittel-, hochfrequent oder auch in Kombination auftreten können und ein- oder beidseitig, beziehungsweise im ganzen Kopf wahrgenommen werden können. Ebenso sind temporäre Schwankungen in Dauer und Klangqualität möglich. Negativer Stress, Müdigkeit, Lärm, Schmerzen

können das Ohrgeräusch in der subjektiven Wahrnehmung lauter erscheinen lassen.

Jeder Tinnitus, der nicht kurzfristig von selbst remittiert, erfordert eine gründliche ärztliche Abklärung.

3.2. Klassifikationen

Neben der Unterscheidung von objektivem und subjektivem Tinnitus bestehen Klassifikationen bezüglich Hörvermögen, Dauer und Schweregrad der Belastung.

Tinnitus mit bzw. ohne Hörverlust

Der überwiegende Teil der Tinnitusbetroffenen weist Einschränkungen im Hörvermögen auf, die in der Mehrheit der Fälle als ursächlich für die Entstehung des Tinnitus angesehen werden. Fast immer entspricht hier die Tinnitusfrequenz der Frequenz des grössten Hörverlustes. Besonders bei hochfrequenten tonalen Ohrgeräuschen ist diese Verbindung häufig beobachtbar.

Bestehen keine Beeinträchtigungen im Hörvermögen geht man davon aus, dass der Tinnitus durch eine generelle, psychogene Überreizung verursacht wird, die zu Störungen in der Hörverarbeitung führt.

Tinnitus – akut, subakut, chronisch

Bis zu drei Monaten nach erstem Auftreten eines Tinnitus spricht man von **akutem Tinnitus**. In dieser Zeit besteht die Möglichkeit, dass Ohrgeräusche spontan bzw. durch entsprechende Akuttherapien wieder verschwinden, weshalb diese zunächst im Mittelpunkt der Behandlung stehen.

Nach drei Monaten geht man davon aus, dass der Tinnitus chronisch geworden ist.

Häufig findet man in der Literatur für den Zeitraum von drei Monaten bis zu einem Jahr die Bezeichnung des **subakuten Tinnitus**. Akuttherapien sind in dieser Phase jedoch meist nicht mehr sinnvoll, weshalb man inzwischen dazu übergegangen ist, bereits ab drei Monaten von **chronischem Tinnitus** zu sprechen (Hesse 2008). Therapeutische Ansätze widmen sich nun vor

allem den Folgeerscheinungen und Begleitsymptomen des Leidens am Tinnitus.

Tinnitus – kompensiert, dekompensiert

Viele Menschen haben Ohrgeräusche, ohne diese als besonders störend zu empfinden. Der Tinnitus ist in diesem Fall aufgrund funktionierender Habituationsvorgänge **kompensiert**, was auch bedeutet, dass die Betroffenen nicht unter belastenden, sekundären Problemen zu leiden haben.

In Verbindung mit einer schwer- und schwerstgradigen Belastung durch den Tinnitus treten häufig psychische Komorbiditäten wie Depressionen und Angstneurosen auf (Hiller und Goebel 1998). Das Wahrnehmen und Erleben des Patienten wird stark durch seine Ohrgeräusche dominiert und beeinträchtigt das Gesamtbefinden deutlich. Hier spricht man von einem **dekompensierten Tinnitus**. Der Schweregrad der Belastung wird mit dem standardisierten Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller ermittelt (Hiller und Goebel 1998).

3.3. Modelle zur Entstehung des Tinnitus

Die vermuteten, möglichen Ursachen für die Entstehung eines Tinnitus sind vielfältig.

Offensichtlich ist die Generierung von Ohrgeräuschen sowohl in der Cochlea, dem Hörnerven als auch in verschiedenen, höher gelegenen Bereichen der zentralen Hörbahn möglich (Tab. 1).

Probleme mit der Halswirbelsäule oder im Zahn-Kiefer-Bereich, innere Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen können auslösende oder verstärkende Ursachen sein.

Bei über 90 % der Tinnitus-Betroffenen liegt eine Schädigung des Innenohrs vor, wobei die Tinnitusfrequenz häufig dem Ort des höchsten Hörverlustes entspricht (Hesse 2008). Man geht davon aus, dass diese eine Schädigung der Haarzellen, der cochleäre Hörverlust die häufigste Ursache für einen Tinnitus darstellt. Man nimmt an, dass der Tinnitus als eine Art Nebeneffekt der in der Hörbahn ausgelösten Verstärkungsmechanismen entsteht.

Tab. 1: Übersicht über Entstehungsorte von Ohrgeräuschen und die ihnen am häufigsten zugrunde liegenden Ursachen und Erkrankungen

Äusseres Ohr	<ul style="list-style-type: none"> • Zerumen • Otitis externa
Mittelohr	<ul style="list-style-type: none"> • Otitis media • Paukenerguss • Trommelfellperforation • Tubenbelüftungsstörung • Otosklerose • Glomustumor
Innenohr	<ul style="list-style-type: none"> • Knall-, Explosionstrauma • Hörsturz • Toxische Schädigung der Haarzellen • Morbus Menière • Lärmschwerhörigkeit
Hörnerv und zentrale Hörbahn	<ul style="list-style-type: none"> • Akustikusneurinom • Hirntumor • Hirnblutung • Multiple Sklerose

Hesse et al. (2005) untersuchten bei 110 Tinnituspatienten mit Hochtonschwerhörigkeit die Distorsionsprodukte otoakustischer Emissionen (DPOAE). Bei 58 % der Patienten waren diese im Frequenzbereich des Hörverlustes deutlich erhöht. In der Vergleichsgruppe mit Innenohr-hochtonschwerhörigkeit ohne Tinnitus zeigten nur 8 % derartige Auffälligkeiten. Hieraus resultierende Erklärungsmodelle gehen von einer Hypermotilität der äusseren Haarzellen als Ursache für den Tinnitus aus und betrachten die vermehrte Aktivität der äusseren Haarzellen als Kompensationsmechanismus der Hörbahn. Ebenso könnte eine pathologisch veränderte efferente Hemmung dafür verantwortlich sein, dass der Tinnitus als Störgeräusch der Hörwahrnehmung nicht

entsprechend unterdrückt wird. Vermutet werden bei der peripheren und primär-zentralen Tinnitusentstehung pathologische Hörnervaktivitäten bzw. eine veränderte Spontanaktivität der Neurone, die zu Reorganisationsprozessen im auditorischen System führen. Der Tinnitus wäre dann eine Folge dieser Veränderung in Form eines abnormen Musters (Pantev et al. 2003). Eggermont postulierte eine verstärkte Synchronisation im Hörnerv (Eggermont 1990). Lenarz konnte bei Tinnituspatienten, die er wegen eines Akustikusneurinoms operierte, eine erhöhte Spontanaktivität am freigelegten N. acusticus nachweisen (Lenarz 1995).

Die vereinzelt zur Tinnitusbehandlung durchgeführte Hörnervendurchtrennung führte immer zur Taubheit auf dem operierten Ohr, befreite aber nicht von Tinnitus (Wazen et al. 1997). Möglich ist, dass die zentralen Wahrnehmungsprozesse auch dann bestehen bleiben, wenn die ursächlichen Funktionsstörungen der Cochlea kaum noch vorhanden sind. Es scheint dann, als ob sich der Tinnitus verselbständigt habe. Dieser „Abdruck“ des Tinnitus als Folge des Hörverlustes im Kortex würde auch erklären, warum trotz operativer Durchtrennung des Hörnervs Ohrgeräusche möglicherweise bestehen bleiben. Zu vermuten sind efferente Gegensteuerungen oder Umstrukturierungen in kortikalen Bereichen infolge des cochleären Hörverlustes, welche wiederum mit erhöhter neuronaler Aktivität einhergehen.

Aspirin in hohen Dosen z. B. in der Behandlung rheumatischer Erkrankungen kann Tinnitus auslösen, ebenso ein Knalltrauma z. B. durch Schusswaffen oder Feuerwerkskörper (McFadden et al. 1984). Diese Beobachtungen wurden zu einer Serie von Experimenten an Rennmäusen genutzt (Langner und Wallhäuser-Franke 1998, 1999, 2001; Wallhäuser-Franke und Langner 2001; Wallhäuser-Franke et al. 1996). Im Gegensatz zu Ratten und Hausmäusen ist das Gehör der Rennmäuse dem menschlichen Ohr in Frequenzumfang und Empfindlichkeit sehr gut vergleichbar. In den Experimenten wurde das Gehör der Mäuse durch Salicylatinjektionen oder durch Schüsse aus einer Spielzeugpistole geschädigt. Die akustische Stimulation wurde mit der Autoradiographie mittels radioaktiven ¹⁴C-2-

Deoxyglukose (2-DG) über die gesamte Hörbahn bis zum Hörkortex verfolgt (Scheich et al. 1993). Dies ist möglich, da angeregte Neurone einen erhöhten Energiebedarf haben, was vor allem durch vermehrte Glukoseaufnahme geschieht. 2-DG wird wie Glukose von den Neuronen aufgenommen, aber nur verzögert abgebaut, reichert sich also an und ist durch beta-Strahlung nachweisbar. So sind Hirnaktivitäten als feinste Unterschiede der Erregung verschiedener Hirnareale abbildbar. Als weiteres bildgebendes Verfahren wurde der immunhistochemische Nachweis bestimmter Proteine wie z. B. c-fos durch polyklonale Antikörper benutzt. c-fos wird nach Einwirken neuartiger Reize gebildet und kann lang anhaltende Veränderungen von Nervenzellen verursachen und damit plastische Veränderungen bzw. Lernprozesse des Gehirns anzeigen (Hughes und Dragunow 1995). Durch die Hörschäden wird zunächst die spontane Erregung in den Haarzellen des Innenohrs und des Hörnerven unterdrückt. Durch die Messung evozierter Hirnstammpotentiale wurde nachgewiesen, dass nach intravenöser Salicylatinjektion der Hörschaden dosisabhängig entsteht. Im Hörkortex fanden sich als Zeichen eines induzierten Tinnitus 2-DG-Muster wie nach Stimulation durch Töne oder schmalbandiges Rauschen. Auch die Aktivität im auditorischen Teil des Zwischenhirns oder Thalamus war nach Salicylat leicht erhöht, was auf eine Mitbeteiligung bei der Tinnitusgenese schliessen lässt. Die Amplitude des im peripheren Ohr unterdrückten Frequenzbereichs wird durch neuronale Filtermechanismen auf den kortikalen Verarbeitungsebenen des zentralen Hörsystems als Kompensation angehoben. Im auditorischen Mittelhirn kann ein Hörschaden zu einer Verschiebung der Gewichtung von erregenden und hemmenden Signalen führen. Dadurch können Flanken und Spitzen in den teilweise unterdrückten Eigenaktivitäten hervorgehoben werden. Diese Unregelmässigkeiten sind vor allem in den Randbereichen eines Hörschadens besonders hoch. Die erhöhten Aktivitäten im Randbereich des Hörschadens können als Signal zum auditorischen Kortex weitergeleitet und durch nicht-lineare positive Rückkopplung vom Kortex zum Thalamus verstärkt und in Millisekunden dominant werden. Diese Befunde traten

auch nach einem Knalltrauma auf und konnten immunhistochemisch bestätigt werden. Ferner konnte mit der c-fos-Methode gezeigt werden, dass gleichzeitig mit den Veränderungen im auditorischen Kortex auch Hirnareale, die für die Steuerung von Emotionen, Aufmerksamkeit und für Lernprozesse zuständig sind, erregt waren. Dazu gehören vor allem die Amygdala (Mandelkern) und andere Kerne des gefühlkontrollierenden limbischen Systems, ferner der für die Aufmerksamkeitskontrolle zuständige Locus coeruleus. Der Tinnitus wird quasi „gelernt“, als Information gespeichert und ist in Stresssituationen wieder auslösbar. Das Protein arg3.1 gilt als noch deutlicherer Auslöser von Lernprozessen; es wurde nach Tinnitusauslösung im auditorischen Kortex und in der Amygdala gefunden (Mahlke und Wallhäuser-Franke 2004). Diese plastischen Veränderungen im Gehirn konnten bei den Rennmäusen durch Scopolamin, ein Gift aus Nachtschattengewächsen, welches z. B. gegen die Seekrankheit eingesetzt wird, durch die Blockade von cholinergen Rezeptoren unterdrückt werden.

Die gefundenen kortikalen Aktivierungen bei Tinnitus stehen im Einklang mit den von anderen Gruppen gefunden Aktivierungen im Hörkortex (Arnold et al. 1996, Lockwood et al. 1998) und in sekundären Feldern (Giraud et al. 1999). Auch plastische Veränderungen des primären Kortex wurden gefunden (Mühlnickel et al. 1998). Wichtig bei den Experimenten der Darmstädter Gruppe von Langner und Wallhäuser-Franke ist der Nachweis vermehrter nervaler Aktivität erst ab dem Hirnstamm, sowie die wesentliche Rolle des primären auditorischen Kortex, aber auch der gleichzeitigen Koaktivierung von Hirnarealen, die für die Steuerung von Emotionen, Aufmerksamkeit und Stresssymptomen zuständig sind. Vermindert ist hingegen die Aktivität der Haarzellen und im Hörnerven durch die Hörschädigung. Das Gehirn versucht, Hörstörungen zu kompensieren. So ist verständlich, dass viele Hörgeschädigte - besonders Altersschwerhörige - lange Zeit nichts von ihrem Hörverlust merken, jedoch einen Tinnitus wahrnehmen. Während Hemmungseffekte schon früher mit der Tinnituserstehung in Verbindung gebracht worden waren (Gerken 1996,

Kral und Majernik 1996), ist nach den neuen Erkenntnissen vor allem die Rückkopplung für die Entstehung des Tinnitus verantwortlich. Die Verstärkung von Schallreizen kann vergleichbar wie in der Tontechnik zu nichtlinearen Rückkopplungen, die z. B. als Pfeiftöne hörbar sind, führen. Rückkopplungen im Gehirn filtern, verstärken als wichtig eingestufte leise Signale und unterdrücken als unwichtig oder als zu laut bewertete Signale (Gao und Suga 1998). Beim Ausfall bestimmter Frequenzbereiche kommt es in der Regel zu einer andauernden Kompensierung und vor allem in den Randbereichen zu einer Überkompensierung. So können neuronale Schwingungen entstehen, die sich durch nicht-lineare Verstärkung gegen andere Signale durchsetzen. Bei Hörschäden in hohen Frequenzbereichen kann die daraus resultierende schmalbandige Aktivierung ein Pfeifen wie beim Rückkopplungspfeifen bewirken. Die kausale Therapie ist die Hörgeräteversorgung, die den Hörschaden ausgleichen soll und so oft die durch Überkompensation entstehenden Tinnituswahrnehmungen verhindert oder zumindest mindert. Auch Geräusche, welche durch ein Hörgerät wieder wahrgenommen werden, oder durch Rauschgeneratoren generiert werden, können den Tinnitus durch residuale Hemmung unterdrücken.

Hörschäden führen häufig, aber nicht immer und zwingend zu Tinnitus (Hesse und Schaaf 2009). Umgekehrt kann es sein, dass ein Hörschaden bei Tinnitus nicht nachgewiesen werden kann. Möglicherweise sind die auslösenden Hörschäden zu gering.

Dem limbischen System kommt eine wesentliche modulierende Rolle auditorischer Wahrnehmungen zu, nämlich die emotionale Tönung von Sinnesinformationen. Die Beteiligung speziell der Amygdala erklärt, warum ein Tinnitus oft Beunruhigung, Angst und negativen Stress auslöst. Wenn Signale als wichtig oder bedrohlich gewertet werden, ziehen sie vermehrt Aufmerksamkeit auf sich. Ihre neuronale Repräsentation wird durch kortikale Rückkopplung verstärkt. Die Amygdala ist so etwas wie die „Alarmglocke“ des Gehirns, die den Körper in Gefahrensituationen durch Auslösen von Stressreaktionen auf Flucht oder Angriff vorbereiten soll (Hesse

und Schaaf 2009). Dieser „Alarmton“ wird scheinbar durch den Tinnitus hörbar. Bei Tinnitus konnten die stärksten Korrelationen vermehrter kortikaler Erregung zwischen Arealen des Hörkortex und der Amygdala gefunden werden, namentlich zwischen dem Hauptfeld des Hörkortex AI und der lateralen Amygdala von $r=0,99$ sowie zwischen dem anderen Hauptfeld des Hörkortex AAF und der zentralen Amygdala von $r=0,92$ (Langner und Wallhäuser-Francke 1999). Die Aufmerksamkeit steht unter Kontrolle der Formatio reticularis, im Besonderen des Locus coeruleus. Aus einem anfänglich schwachen Tinnitussignal kann durch positive Rückkopplung innerhalb des Hörsystems und durch die Interaktion mit dem Emotions- und Aufmerksamkeitssystem ein starkes und dauerhaftes Tinnitussignal werden (LeDoux 1998, Rinne et al. 2008). Bei schwergradigem Tinnitus gerät der Betroffene so leicht aus dem Kompetenz- in den Überlebensmodus und kann die rationale Kontrolle seines Denkens und Handelns verlieren. Erschöpfung, Depression und/oder Angststörungen können die Folge sein. Für therapeutische Strategien ist es wichtig zu wissen, dass die Rückkopplungen von Kortex zu Thalamus dynamisch sind und zu neuronalen Schwingungen führen (Feige 1999). Eine quantitative Relation der Tinnitusstärke zu kortikalen Schwingungen konnte mit Magnetencephalographie nachgewiesen werden (Kahlbrock und Weisz 2008; Weisz und Müller 2007). Tinnitus kann deshalb auch durch elektrische Stimulation des Gehirns beeinflusst werden (Shi et al. 2009). Die besonderen Beziehungen des limbischen zum akustischen System lassen sich in der Musikmedizin und in der Musiktherapie gut nutzen. Durch Musik ausgelöste positive Emotionen werden in der Tinnitustherapie wirkungsvoll eingesetzt. Besonders Musiker können ihren Tinnitus bewusst beeinflussen, ausblenden oder auch als individuellen Kammerton nutzen (Schneider et al. 2009). In der Tinnitus-Retraining-Therapie sowie der Musik- und Hörtherapie wird versucht, das limbische System durch verhaltenstherapeutische und musiktherapeutische Massnahmen gezielt zu beeinflussen, sowie die durch Tinnitus ausgelösten plastischen Veränderungen rückgängig zu machen.

Auch wenn Tinnitus nicht in Kausalzusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsstrukturen steht (Schneider et al. 1994, Scott und Lindberg 2001), kann er doch psychisch bedingt sein. Neben den in Tab. 1 erwähnten Erkrankungen ist negativer Stress ein häufiger Auslöser. Für die Betroffenen ist es hier besonders wichtig zu wissen, dass der Tinnitus kein Anzeichen einer bedrohlichen Krankheit darstellt.

Auch Depressionen können ursächlich an der Entstehung eines Tinnitus beteiligt sein ohne dass eine Hörveränderung vorhanden ist.

Struve untersuchte 2007 (Struve 2007) die emotionale Verarbeitung bei Tinnitus mit Hilfe der Magnetresonanztomografie. Dabei stellte er fest, dass depressiv gestimmte Bilder auch zu einer Aktivierung der Areale führen, die mit dem Tinnitusgeschehen in auditorischen Hirnbereichen in Verbindung gebracht werden.

3.4. Psychopathologie bei Tinnitus

Viele Menschen haben Ohrgeräusche. Doch nicht alle fühlen sich hierdurch in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Es gibt unterschiedliche Erklärungsmodelle wie es zum Leiden am Tinnitus kommen kann.

Eine der Ursachen hierfür dürfte in **mangelnder Habituation** begründet liegen (Hallam et al.1984, Jastreboff und Hazell 1993). Bewertet der Betroffene sein Ohrgeräusch als bedrohlichen störenden Reiz, gerät er zwangsläufig in eine ständige Bereitschaftshaltung um der empfundenen Bedrohung zu entkommen (Kröner-Herwig 2005). Damit verbunden sind häufig Ängste, der Tinnitus könne mit der Zeit lauter werden, das Hörvermögen negativ beeinflussen oder gar Anzeichen einer schlimmen Krankheit sein. Beharrt der Patient darauf, dass sein Tinnitus beseitigt werden müsse, wird es ihm sehr schwer fallen, sich auf neue Erfahrungen und Lernprozesse im Umgang mit seinem Ohrgeräusch einzulassen. Die Aufmerksamkeit wendet sich dann vermehrt dem unerwünschten Geschehen in den Ohren zu und der Betroffene gerät in einen sich selbst verstärkenden Wirkkreis aus Aufmerksamkeit und Stress (Abb. 4).

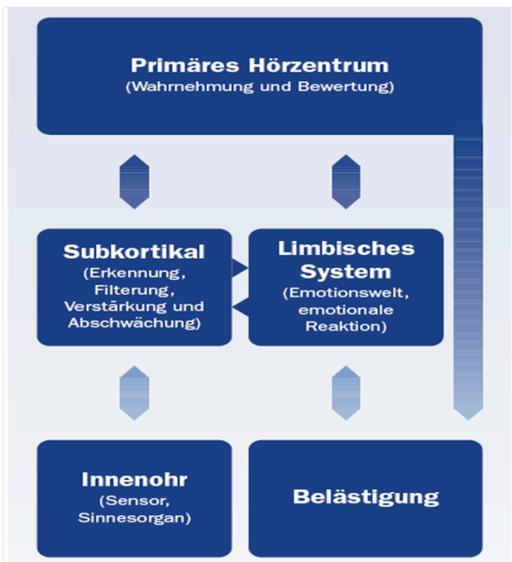


Abb. 4: Wirkkreis der Tinnitusverstärkung aufgrund negativer Bewertung

Als weitere erschwerende Faktoren können Fluktuationen in der Qualität des Tinnitus und bestehende Hörminderungen Einfluss auf die Habituation nehmen. Letztere dürften jedoch in vielen Fällen mit einer Hörgeräteanpassung positiv zu beeinflussen sein. Auch persönliche, bereits vor dem Tinnitus **bestehende Einstellungen und Wahrnehmungsmuster** können dazu beitragen, den Leidensdruck aufrechtzuerhalten. Neigt ein Patient zu katastrophisierenden Sichtweisen, wird er auch seine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten anzweifeln.

Schaaf (Schaaf 2008a) benennt die folgenden ungünstigen kognitiven Prozesse, die eine Habituation des Tinnitus erschweren:

1. ungünstige Grundannahmen
2. kognitive Verzerrungen
3. negative Selbstkonzepte
4. negative Zukunftserwartungen.

Gefken und Kurth (Gefken und Kurth 1998) weisen zudem auf Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld hin, die dazu führen können, dass Patienten vermehrt unter ihrem Ohrgeräusch leiden. Hingegen fühlten sich Patienten mit einem ausgewogenen Lebensstil weniger durch Tinnitus belastet, da sie beispielsweise auch mehr auf ihr Wohlbefinden achteten.

In einer Untersuchung von Schneider et al. gaben Tinnituspatienten eine höhere **soziale Belastung** an und fühlten sich ihrem sozialen Umfeld weniger unterstützt als Patienten ohne Tinnitus (Schneider et al.1994).

Auch die individuellen **Möglichkeiten der Stressverarbeitung** spielen bei der Tinnitus-Habituation eine wichtige Rolle besonders wenn man berücksichtigt, dass Tinnitus selbst als Stressor betrachtet werden kann. Zusätzliche Belastungen beeinträchtigen dann auch den Umgang mit einem auftretenden Ohrgeräusch und nehmen Einfluss darauf, ob der Tinnitus Krankheitswert erlangt.

Obwohl kein Nachweis erbracht werden konnte, dass bestimmte Persönlichkeitsstrukturen in einem direkten Zusammenhang mit dem Auftreten eines Tinnitus stehen, nehmen diese dennoch Einfluss auf die Art und Weise der Lebensbewältigung. Tritt in eine bereits konflikthafte, überfordernde Lebenssituation dann auch noch ein Tinnitus, reichen individuelle Kraftressourcen möglicherweise nicht mehr aus. Patienten neigen hierbei häufig dazu, den Tinnitus als Grundübel in den Mittelpunkt zu stellen. Eine aus Sicht vieler Patienten körperliche Ursache ihrer Probleme ist für sie leichter annehmbar.

Schaaf macht darauf aufmerksam, dass das Leiden am Tinnitus bei manchen Patienten eine Form der **Resomatisierung** darstellen könne (Schaaf 2008a), bei der Konflikte für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar sind und sich über den Körper ausdrücken. Die Körperempfindungen geraten in das Zentrum der Wahrnehmung, was dazu führt, dass psychische Beschwerden beispielsweise bei Ängsten und Depressionen körperlich wahrgenommen werden.

„Der Tinnitus kann zum somatischen Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses werden. Der Körper äussert sich da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann. Dem Tinnitus kann dabei die Aufgabe zukommen, einen – meist grossen – Teil der unbewussten Angst im psychogenen Prozess ebenso anzuzeigen wie zu binden.“ (Schaaf 2008a)

Stationär behandelte Patienten mit dekompenziertem Tinnitus weisen häufiger **psychische Komorbiditäten** auf als ambulante Patienten mit chronischem Tinnitus (Goebel 2004). Bei circa 90 % von ihnen finden sich psychische Störungen wie Depression (bis 67 %), dysthyme Störungen (bis 21 %), Angststörungen (bis 31 %) und somatoforme Störungen (bis 32 %). Diese Ergebnisse sind nahe liegend, da sich eine psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung natürlich im Besonderen an diese Patienten wendet.

Dennoch sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auch ambulante Tinnituspatienten hochsignifikant durch somatoforme Störungen betroffen und leiden häufiger unter Angststörungen (Konzag et al. 2006). Obwohl Konzag et al. bei depressiven Störungen keine signifikanten Unterschiede zur Normalverteilung von Depressionserkrankungen fanden, zeigte sich, dass die Depressivität deutlichen Einfluss auf die Tinnitusbelastung, die subjektiv empfundene Tinnitusbelastung und die Aktivität der Patienten hatte (Konzag et al. 2006).

Eine Studie von Eipp ergab zudem, dass stationär untersuchte Tinnituspatienten im Vergleich mit einer stationär psychosomatisch behandelten Gruppe von Psoriasispatienten als zwanghafter, depressiver und ängstlicher einzuschätzen waren (Eipp 2008). Auch im Suizidfragebogen nach Pöldinger zeigten die Patienten mit Tinnitus deutlich höhere Werte.

Somatoforme Störungsbilder, die bereits vor dem Auftreten eines Tinnitus bestehen, stellen Risikofaktoren in der Entwicklung eines Tinnitus dar (Goebel 2004). Svitak konnte nachweisen, dass bei vielen Patienten die psychische Störung bereits vor dem Tinnitus bestand (Svitak 1998).

Auch Olderog et al. kommen 2004 zu diesem Ergebnis und konnten drei voneinander unabhängige Faktoren der Tinnitusbeeinträchtigung ermitteln (Olderog et al. 2004):

1. Ängstlichkeit
2. dem Tinnitus zur Last gelegte Einschlafstörungen
3. Lebenszufriedenheit.

Jäger et al. kommen 1998 zu dem Schluss, dass Ohrgeräusche ein hohes Angstbindungspotenzial aufweisen (Jäger et al. 1998). Als besonders bedeutsam erachten auch sie die mit dem Tinnitus in Verbindung gebrachten Einschlafstörungen.

3.5. Diagnose

Sehr wichtig für die Tinnitusdiagnostik ist die **Anamnese**. Hierbei soll erfasst werden, seit wann der Tinnitus besteht und welche Massnahmen mit welchem Ergebnis bisher erfolgten. Hierzu wird der Patient aufgefordert genau zu berichten, wann der Tinnitus mit welchem Charakter auftritt und durch welche Faktoren er verstärkt bzw. reduziert werden kann.

Nebeneffekt dieser eingehenden Anamnese ist, dass sich der Patient ernst genommen und unterstützt fühlt. Bereits die Anamnese kann als eine Möglichkeit gesehen werden, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen und die notwendige Motivation zur Therapie beim Patienten zu fördern. Zugleich ermöglicht das einfühlsame Gespräch erste Einblicke in die Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Eine depressive Grundhaltung, die Neigung zur Selbstbeobachtung, Probleme bei der Stressverarbeitung und Erschöpfungszustände sind wichtige Aspekte bei der Einordnung des Tinnitus und der Auswahl geeigneter therapeutischer Massnahmen.

Die Anamnese wird mit der Dokumentation bereits erfolgter Medikamenteneinnahmen abgeschlossen. Das *Strukturierte Tinnitus-Interview* (Goebel und Hiller 2001) stellt eine gute Hilfe beim Erfassen der relevanten Informationen dar und ermöglicht es zugleich, individuell auf den Patienten einzugehen.

Zweiter Grundpfeiler der Diagnose ist die **audiologische Untersuchung** und **Tinnitusanalyse**. Die Ohrgeräusche können audiometrisch näher charakterisiert und supprimiert werden. Dem Messen der Hörschwelle folgt die Ermittlung der Tonhöhe und des Frequenzspektrums des Tinnitus im Vergleich mit Tönen und Schmalbandrauschen. Die subjektive Lautheit des Ohrgeräusches wird mit Hilfe von Tönen und Rauschen bestimmt, die dem eigenen Tinnitus gleich laut erscheinen. Die so ermittelte Tinnituslautheit wird

in Relation zur Hörschwelle gesetzt. In der Regel liegt sie bei 5 -15 dB über der Hörschwelle. Diese Charakterisierung des Tinnitus wird als **Matching** bezeichnet. Zur Untersuchung der Verdeckbarkeit des Tinnitus (**Masking**) werden dem Patienten über die LL auf jeweils einem Ohr Töne oder Schmalbandrauschen angeboten, die in der Lautstärke frequenz-spezifisch variiert werden. Hierdurch kann eine über das gesamte Frequenzspektrum reichende „Verdeckungskurve“ ermittelt werden. Zur Verdeckung nicht geeignet ist das Breitbandrauschen, da es den gesamten Frequenzbereich überdeckt. Zwischen den einzelnen Messungen gibt es Pausen von einigen Sekunden, da das häufig auftretende Phänomen der Nachverdeckung (residuale Inhibition) sonst Einfluss auf die Messergebnisse nehmen würde. Grundsätzlich können hier zwei Formen der Verdeckbarkeit unterschieden werden:

1. **schwelennahe Verdeckbarkeit** (5 – 10 dB über der Hörschwelle) – mit grosser Wahrscheinlichkeit entsteht das Ohrgeräusch im Innenohr;
2. deutlich **überschwellige Verdeckbarkeit** (> 15 dB) – der Tinnitus entsteht sehr wahrscheinlich in höheren, zentralen Anteilen der Hörbahn und ist generell schlechter, häufig nur mit Breibandrauschen verdeckbar.

Neuere Untersuchungsansätze versuchen mit Hilfe des Positronen-emissionstomographen (PET) Informationen über mögliche Entstehungsorte eines Tinnitus zu erhalten, welche wiederum für die Auswahl der therapeutischen Mittel von Bedeutung sein könnten. Sie befinden sich zum heutigen Zeitpunkt jedoch noch im Bereich der Forschung.

Die Belastung durch den Tinnitus ist bei den Betroffenen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Sie reicht von „nicht registrieren“ bis zu drohendem Suizid.

Darum ist es ebenso wichtig, den **Schweregrad der individuellen Tinnitusbelastung** zu ermitteln. Hierfür bietet sich der Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller (Goebel und Hiller 1998) an, der insgesamt 52 Fragen aus den folgenden Bereichen umfasst:

- emotionale Belastung
- kognitive Belastung
- Penetranz des Tinnitus
- Hörprobleme
- Schlafstörungen
- somatische Beschwerden.

Hierdurch lassen sich für den Patienten spezifische Belastungsfaktoren ermitteln, die zugleich als Ansatz für möglicherweise erforderliche therapeutische Massnahmen dienen. Die Einteilung der Schweregrade der Belastung erfolgt in leichtgradig (0 – 30 Punkte), mittelgradig (31 – 46 Punkte), schwergradig (47 – 59 Punkte) und schwerstgradig (60 – 84 Punkte).

Viele Patienten mit einem dekompensierten Tinnitus weisen weit reichende psychische Belastungen auf. Zur qualitativen Messung ihrer Persönlichkeitsmerkmale wie auch zur Einschätzung ihrer Beeinträchtigung durch Depression und Angst hat sich die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Derogatis 2002, Franke 2002) bewährt.

In der Tinnitusklinik Chur werden die Patienten zudem mit Hilfe des Beckschen-Depressions-Inventars (Beck und Steer 1987) auf ihre Depressivität untersucht.

3.6. Therapie

Ein akuter Tinnitus kann sich von selbst wieder zurückbilden. Eine medikamentöse Behandlung, welche eine bessere Wirkung als die Spontanheilung aufweist, ist bisher wissenschaftlich nicht belegt. In der Leitlinie der ADANO und der Dt. Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (Leitlinie von 1998) aus der Erfahrungsmedizin wird das folgende therapeutische Vorgehen empfohlen:

1. Rheologische Infusionsbehandlung mit Plasmaexpander und Vasodilatator (z.B. niedermolekulare Dextrane, Hydroxyethylstärke, Pentoxifyllin) über bis zu 10 Tage
2. Procaintherapie in aufsteigender Dosierung

3. Kortisontherapie (Beginn mit hoher Dosierung, rasch fallende Dosierung, Gesamtdauer 10 Tage)
4. Manualmedizinische Untersuchung und Behandlung bei zervikogenem Tinnitus

Entsprechend des Tinnitus-Schweregrades empfehlen Goebel und von Wedel (2001) folgende therapeutische Massnahmen:

- Schweregrad 1 (leicht) – Counseling durch den HNO-Arzt, Selbsthilfeleratur (Kellerhals und Zogg 2004)
- Schweregrad 2 (mittelgradig) – Counseling, Relaxationsverfahren, Tinnitus-Retraining-Therapie (Delb et al. 2002a, Delb et al. 2002b)
- Schweregrad 3 (schwer) – Psychotherapie ambulant oder stationär bei psychischer Komorbidität (Andersson und Lyttkens 1999, Schaaf und Holtmann 2002)
- Schweregrad 4 (sehr schwer) – Stationäre Psychotherapie, überleitend in ambulante Psychotherapie (Goebel 2005, Hesse und Schaaf 2005, Schapowal et al. 2007).

Apparativ besteht die Möglichkeit, den Tinnitus durch eine äussere Schallquelle zu verdecken. Dies kann mit Hilfe eines **Hörgerätes** und/oder eines **Rauschgenerators** geschehen. Der hierbei aktiv erzeugte Schall bzw. das aktiv erzeugte Rauschen soll nach kurzer Zeit als Teil der Umwelt empfunden und aktiv unterdrückt werden.

Ein Hörgerät ist besonders dann indiziert, wenn der Tinnitus mit einer Innenohrschwerhörigkeit einhergeht. Mit der eintretenden Hörverbesserung werden viele Geräusche der Umgebung besser wahrnehmbar und führen dazu, dass der Tinnitus hierdurch zum Teil maskiert wird.

Im Rahmen der **Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)** die sich vor allem an Patienten richtet, die unter einem chronisch dekompenzierten Tinnitus leiden, werden neben Hörgeräten zum Teil auch Rauschgeneratoren zum Einsatz gebracht. Grundprinzip der Behandlung ist das direktive Counseling in Verbindung mit einer Hörgeräte- oder Rauschgeneratorversorgung. Für diese Art der Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit von Ohrenarzt, Psychotherapeut und Hörgeräteakustiker grundlegend. Die TRT beinhaltet

neben psychologischen und psychotherapeutischen Verfahren auch Entspannungsverfahren, sensorisch-integrative und neurootologische Ansätze. Der Patient soll lernen, sein Ohrgeräusch im Sinne einer Habituation nicht mehr wahrzunehmen.

Das Ziel **psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren** besteht nicht in der Beseitigung des Tinnitus, sondern in dessen positiver Verarbeitung. Für den Patienten soll die Beeinträchtigung durch den Tinnitus verringert und dessen Lebensqualität verbessert werden. Mittel der Wahl ist meist die kognitive Verhaltenstherapie in Verbindung mit entspannungstherapeutischen Verfahren. Ebenso ist die Aufklärung über Tinnitus und dessen mögliche Begleiterscheinungen ein wichtiger Teil des therapeutischen Vorgehens, da nicht wenige Patienten insbesondere in Bezug auf Schwerhörigkeit, Hörsturz und Ertaubung eine kontinuierliche Verschlechterung ihrer Hörstörung mit einem schicksalhaften Verlauf einer ein- bzw. beidseitigen Ertaubung befürchten. Beruhigung und Aufklärung sind hier oft hilfreich.

Eine häufig vorhandene depressive Grundstimmung verstärkt jeden Tinnitus. Um einen Circulus vitiosus zu vermeiden ist es wichtig, psychische Komorbiditäten wie Depressionen und Angststörungen zu erkennen und wenn erforderlich auch medikamentös zu behandeln.

3.7. Simulation und Aggravation

Das Ziel audiometrischer Prüfungen besteht darin, den Hörverlust eines Patienten zu quantifizieren und zu klassifizieren. Es geht darum festzustellen, welche Form der Fehlhörigkeit in welchem Ausmass beim Patienten vorhanden ist. Hin und wieder geschieht es, dass Patienten bei Normalhörigkeit oder geringfügiger Schwerhörigkeit einen Hörverlust (oder Taubheit) bewusst vortäuschen, **simulieren**.

Patienten, die ein deutlich schlechteres Hörvermögen als das eigentlich vorliegende angeben, **aggravieren**. Derartige Täuschungsversuche sind gehäuft in Begutachtungssituationen zu beobachten und erfordern eine gezielte Abklärung. Davon abzugrenzen ist die **psychogene Hörstörung**.

Hier hört der Patient in der Prüfsituation subjektiv schlechter und unterliegt damit einer Art Selbsttäuschung.

Neben Simulation und Aggravation besteht die Möglichkeit der **Dissimulation**, bei welcher der Patient ein subjektiv besseres Hörvermögen angibt als tatsächlich vorhanden.

Für den Prüfer können die folgenden Verhaltensweisen Hinweis auf eine Simulation bzw. Aggravation sein:

- demonstratives Verhalten, mit welchem der Patient gezielt auf seine vermeintliche „Behinderung“ (Schwerhörigkeit) hinzuweisen versucht
- wechselnde Angaben bei den audiometrischen Prüfungen
- Verweigerungsverhalten bzw. mangelnde Kooperation bei den Untersuchungen (im Gegensatz zu einem überbetont kooperativen Verhalten bei einer psychogenen Hörstörung).

Trotz möglicher Manipulationsversuche ist es mit den gängigen Messverfahren möglich, die tatsächlich vorhandene Hörschwelle annähernd zu bestimmen.

Schwieriger gestaltet sich die Situation hinsichtlich eines Tinnitus. Grundlage sind die Angaben des Patienten, die sich vom Untersuchenden nicht objektivieren lassen. Dies kann besonders dann zum Problem werden, wenn der Patient in Bezug auf ein Rentenbegehren begutachtet werden soll. Mittels bildgebender Verfahren wie der funktionellen Kernspintomographie oder der Positronen-Emissions-Tomographie oder spezieller EEG-Auswertungen können Tinnitus-Phänomene zwar abgebildet werden. Aggravation oder Simulation lassen sich hiermit jedoch nicht nachweisen.

4. Hyperakusis

4.1. Definition

Die Hyperakusis ist eine Geräuschüberempfindlichkeit und wird nach ICD-10 mit H93.2 klassifiziert. Hörbares über den gesamten Frequenzbereich menschlicher Hörwahrnehmung wird bei geringer Intensität als laut, zu laut bzw. unbehaglich wahrgenommen. Die Hyperakusis entsteht wie der Tinnitus durch Störungen bei der zentralen Verarbeitung von Schallsignalen in Verbindung mit deren Bewertungen. Die Hyperakusis tritt einseitig (43 %) oder beidseitig oft zusammen mit Tinnitus auf, kann aber auch ohne Tinnitus vorkommen, oder diesem vorausgehen (Hazell und Sheldrake 1992). 70 % der von Tinnitus und Hyperakusis Betroffenen fühlen sich durch die Hyperakusis mehr gestört als durch den Tinnitus, was in einer Umfrage der Schweizerischen Tinnitus-Liga festgestellt wurde (Kellerhals und Zogg 2004). Die als zu laut empfundenen Geräusche können vegetative Symptome wie Herzjagen oder Schweissausbruch hervorrufen. Sie können zu Angststörungen führen. Eventuell vorhandene Ohrgeräusche können dabei verstärkt werden. Die Hyperakusis kann mit einer Lichtüberempfindlichkeit und einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit verbunden sein (Hazell und Sheldrake 1992). In schweren Fällen ziehen sich die Betroffenen immer mehr zurück und vermeiden die Teilnahme am sozialen Leben. Die Ursachen der Hyperakusis liegen in der Regel im psychischen Bereich.

4.2. Diagnose

Um festzustellen, ob ein Patient unter einer Hyperakusis leidet, wird audiometrisch die **Unbehaglichkeitsschwelle** ermittelt. Die Messung erfolgt mit Tönen oder Schmalbandgeräuschen. Der Patient soll dabei angeben, welchen Schalldruckpegel er als unangenehm laut empfindet. Somit stellt die Unbehaglichkeitsschwelle den Übergang von „noch annehmbar laut“ in „zu laut“ dar. Normalerweise liegt sie bei 100 dB (Lehnhardt 2009). Normale Umgangssprache liegt im Bereich von 60 – 70 dB. Die **Schmerzschwelle** befindet sich bei circa 120 dB. Zur Ermittlung der

Unbehaglichkeitsschwelle sind 110 dB ausreichend. Der Abstand zwischen Hör- und Unbehaglichkeitsschwelle wird als Dynamikbereich bezeichnet.

Die Einteilung hinsichtlich des Schweregrades der Hyperakusis erfolgt mit dem **Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen** (Nelting et al. 2002) in leichtgradig (0 -10 Punkte), mittelgradig (11 – 17 Punkte), schwergradig (18 – 25 Punkte) oder sehr schwergradig (26 – 45 Punkte). Häufig befindet sich die Unbehaglichkeitsschwelle bei einer schwergradigen Hyperakusis unter der Lautstärke von Umgangssprache, bei sehr schwergradiger Betroffenheit manchmal nur etwa 20 dB über der Hörschwelle.

Liegt eine Innenohrschwerhörigkeit vor, ist es wichtig, die Hyperakusis von einem **Recruitment** abzugrenzen. Das Recruitment, auch als „fehlender Lautheitsausgleich“ bezeichnet, betrifft den Frequenzbereich der Schwerhörigkeit Hörgeschädigter. Es wird durch den Funktionsverlust der äusseren Haarzellen zu linearer, statt normal nicht linearer, kompressiver Schallverarbeitung bedingt. Der Betroffene kann einerseits leise Geräusche nicht verstehen, andererseits reagiert er auf lautere überempfindlich. Beethoven berichtet in einem Schreiben an seinen Freund Pfarrer Amenda 1801: „Manchmal hör ich den Redenden, der leise spricht, kaum, ja die Töne wohl, aber die Worte nicht; und doch, sobald jemand schreit, ist es mir unausstehlich.“ Besserung ist durch zunehmende Habituation möglich, vorausgesetzt, der Betroffene verhindert sie nicht durch Schon- und Vermeidungsverhalten. Im Extremfall kann ein dekompenziertes Recruitment zu Hyperakusis führen oder in eine Phonophobie übergehen (Schaaf et al. 2003).

4.3. Therapie

Die Behandlung der Hyperakusis erfolgt durch eine Psychotherapie sowie Musik- und Hörtherapie. Ziel ist die schrittweise Annäherung an normale Schallpegel und damit eine Rückführung in das normale Lebens- und Hörumfeld. Bei einer schwer- oder schwerstgradigen Belastung sollte der Patient stationär behandelt werden (Goebel 2005).

Hörschutz sollte vom Patienten nur bei tatsächlichem Lärm benutzt und hierfür vom Hörgeräte-Akustiker angefertigt werden.

5. Phonophobie

Im Gegensatz zur generellen Geräuschüberempfindlichkeit der Hyperakusis besteht bei der **Phonophobie** eine Abwehr gegenüber bestimmten Geräuschen, die meist mit negativen Erfahrungen verbunden sind. Beispiele hierfür sind das Auslösen von Unbehagen durch Kinderstimmen bei Lehrern oder der PC-Lüfter bei EDV-Geschädigten. Die Phonophobie ist somit eine **konditionierte Angstreaktion**, wobei die Empfindlichkeit nicht vom Frequenzspektrum der Töne und Geräusche, sondern von der persönlichen Bedeutung bzw. Bewertung beeinflusst wird. Die Betroffenen sind häufig hörgesund und ertragen andere Höreindrücke im gleichen oder ähnlichen Frequenzbereich problemlos. Hingegen werden die Symptomauslösenden Geräusche schon bei geringer Lautstärke als störend und schädigend empfunden. Die Folge sind Vermeidungsstrategien bis zu Fluchtreaktionen. Im Zuge einer zunehmenden Reizgeneralisierung können auslösende Reize immer unspezifischer werden, wodurch ein immer breiteres Geräuschspektrum mit Angst besetzt wird.

Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer Psychotherapie. Neben der kognitiven Verhaltenstherapie wird oft eine tiefenpsychologische Behandlung notwendig. Unterstützend kommt die Musik- und Hörtherapie zum Einsatz.

6. Aufgabenstellung

Seit Januar 2006 besteht auf der Psychotherapiestation der Klinik Waldhaus in Chur das erste stationäre Therapieangebot der Schweiz für Patienten mit überwiegend chronischem, dekompenziertem Tinnitus, Hyperakusis und Phonophobie.

Therapeutisches Ziel sind die Bewältigung des Leidens und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Die stationäre Behandlung basiert auf einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatz, der neben medizinischen und psychologischen Methoden auch Therapieformen wie Bewegung, Tanz und Gestalttherapie umfasst. Ein tragender Baustein des therapeutischen Konzepts ist die Musik- und Hörtherapie (MHT).

Ziel der Untersuchung ist es herauszufinden, welchen Anteil die MHT am therapeutischen Erfolg erbringen kann und welche subjektiven Veränderungen, auch bezüglich künftiger Bewältigungsstrategien, für die Betroffenen damit verbunden sind.

Zielsetzung

1. Es soll ein Überblick über Aufbau und Vorgehensweisen der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis im Rahmen der stationären Behandlung der Klinik Waldhaus in Chur erstellt und eine begriffliche Klärung vorgenommen werden.
2. Auf der Grundlage von Fragebögen und Patientendokumentationen zur Situation der Patienten bei Klinikeintritt soll im Rahmen empirischer Untersuchungen ermittelt werden:
 - ob und in welcher Form sich die Tinnitus- und Hyperakusispatienten im Hören beeinträchtigt fühlen (TF, GÜF)
 - wie stark sich die Patienten durch Tinnitus und Hyperakusis belastet fühlen (TF, GÜF)

- welche psychischen Komorbiditäten die Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis bei Klinikeintritt aufweisen (SCL-90-R, BDI)
- welche körperlichen Beeinträchtigungen die Patienten in Verbindung mit Tinnitus und Hyperakusis bei Klinikeintritt subjektiv wahrnehmen (TF: Nackenverspannungen, Schmerzen, Missempfindungen in den Ohren, Konzentrationsstörungen, Schlafprobleme, Schwindel) - siehe Abschnitt „Entspannung“
- welche Besonderheiten die Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis in ihrem Hörverhalten aufweisen
 - welche Hörvorlieben benennen die Patienten ihre Umgebung betreffend
 - welche Art Musik hören sie gern
 - welche Instrumentenklänge bevorzugen sie
 - verfügen sie über eigene musizierpraktische Erfahrungen
 - wie hören die Patienten Musik
 - wie treffen sie ihre Musikauswahl
 - welche Bedeutung kommt Musik in ihrem Leben zu
 - was haben Tinnitus/Hyperakusis an ihrem Umgang mit Musik verändert
 - wie hoch schätzen sie ihr tägliches Musikhörpensum ein
 - wie nehmen sie Musik in öffentlichen Räumen wahr, wie ist ihr Umgang damit
- wie die Patienten ihr Entspannungsvermögen empfinden
- welche Erwartungen und Ziele die Patienten mit ihrem Klinikaufenthalt verbinden.

3. Vorgehensweise und Therapieverlauf sollen basierend auf Patientendokumentationen anhand einiger Fallbeispiele näher betrachtet und vertieft werden. In diesem Zusammenhang soll die Frage diskutiert werden, in welchem Bereich die MHT anzusiedeln ist. Handelt es sich

überwiegend um eine musikmedizinische Therapieform, oder spielen ebenso musik- und damit- psychotherapeutische Vorgehensweisen eine tragende Rolle?

4. Auf der Grundlage von Fragebögen und Patientendokumentationen zur Situation der Patienten bei Klinikaustritt soll im Rahmen empirischer Untersuchungen ermittelt werden, welchen Anteil die MHT in der Wechselwirkung mit anderen Therapieangeboten am gesamttherapeutischen Erfolg für die Patienten erbringen kann und welche Veränderungen sie diesbezüglich wahrnehmen.

Dabei soll untersucht werden:

- wie hoch die Patienten den Anteil der MHT an ihrem Therapieerfolg einschätzen
- ob sie Veränderungen durch die MHT bemerken
- welchen Einfluss die MHT auf ihre Hör- und Sinneswahrnehmung ausübt
- wie die Patienten nach der MHT ihr subjektives Hörvermögen einschätzen
- wie gross Motivation und Freude am Hören nach der MHT sind
- ob es Höreindrücke gibt, denen sich die Patienten angeregt durch die MHT bewusster und freudvoller zuwenden
- wie sie nach der MHT ihr Entspannungsvermögen einschätzen
- wie sie nach der MHT die Akzeptanz ihres Ohrgeräusches beurteilen
- welche Veränderungen sie nach der MHT in ihrem Umgang mit Musik bemerken
- wie sie ihren künftigen Umgang mit „Hörevents“ verschiedenster Art einschätzen
- ob und in welcher Form ihnen die Übungen der MHT im Alltag als Bewältigungsstrategien hilfreich sein werden
- wie stark sich die Patienten durch Tinnitus und Hyperakusis belastet fühlen (TF, GÜF).

7. Aktuelle Studien zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis

7.1. Das Heidelberger Modell

Das Heidelberger Modell der Musiktherapie (Argstatter et al. 2010) wurde für Patienten mit chronischem Tinnitus in Form eines aus mehreren Modulen bestehenden Behandlungsmanuals entwickelt.

Ausgangspunkt für die therapeutischen Überlegungen war die Beobachtung, dass der überwiegende Teil der chronisch durch Tinnitus betroffenen Patienten das Ohrgeräusch vor allem als Problem gestörter Hörwahrnehmung und Aufmerksamkeit betrachtet und daraus resultierend die Beseitigung oder zumindest Linderung des Störfaktors Tinnitus als primären Behandlungswunsch formuliert.

Psychische und psychosomatische Einflüsse für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Tinnitusleidens scheinen bei den Betroffenen oft nur untergeordnet Beachtung zu finden. Dementsprechend bestand das Ziel darin, ein Verfahren zu entwickeln, welches sowohl aktivitätsfördernd im Hörbereich, als auch neuronal auf der auditiven Reizwahrnehmungs- und Verarbeitungsebene ansetzt. Hierfür wurden Elemente der Verhaltenstherapie mit neurologisch ausgerichteten musiktherapeutischen Behandlungsverfahren verknüpft.

Grundlegender Unterschied zu bisherigen Behandlungsansätzen ist die Ansicht, dass neben der Einflussnahme auf das individuelle Tinnituserleben auch bei chronifiziertem Tinnitus kurative Möglichkeiten bestehen.

Das hierfür entwickelte Therapiemanual weist als Besonderheit die aktiv reproduzierende Auseinandersetzung mit dem Tinnituston auf, welcher sowohl für Resonanzübungen mit der eigenen Stimme, Hör- und Intonationsübungen im Bereich der oktavierten Tinnitusfrequenz, als auch für Übungen zur Dekonditionierung des Tinnitus im Rahmen musiktherapeutischer Entspannung genutzt wird. Erforderlich hierfür ist, dass sich das Ohrgeräusch des Patienten stimmlich reproduzieren lässt.

Die Heidelberger Studie untersuchte mit Hilfe standardisierter und bildgebender Verfahren (TF, fMRT) die Wirksamkeit der Behandlung für Patienten mit tonalem, kompensiertem Tinnitus. Patienten mit nicht tonalem Tinnitus wurden von vornherein von der Untersuchung ausgeschlossen.

Doch gerade hier liegt das Problem. Neben tonalem Tinnitus bestehen noch viele weitere Wahrnehmungen von Ohrgeräuschen, deren Reproduktion zum Teil schwer fallen dürfte. So hat mancher Patienten trotz tonalem Tinnitus Mühe, diesen überhaupt zu bestimmen, weil er sich beispielsweise in einem sehr hohen Frequenzbereich bewegt. Eine Zuordnung ist für das menschliche Ohr in diesem Bereich nicht mehr möglich. Das kann auch Musiker betreffen, denen dieses Nichtwissen um das was sie in ihren Ohren unfreiwillig wahrnehmen manchmal besondere Probleme bereitet. Andere Patienten hören verschiedene Töne oder Geräusche gleichzeitig oder berichten, dass ihr Tinnitus in Frequenz und Qualität Schwankungen unterliegt, die sie nicht immer situationsbedingt erleben.

Ein weiterer Aspekt ist, dass mit Zunahme der Tinnitus-Belastung vermehrt psychische Komorbiditäten wie Angst und Depression zu beobachten sind, die häufig auch mit einer Hyperakusis einhergehen und dringend einer psychotherapeutisch orientierten Behandlung bedürfen. Eine vordergründig auf den Umgang mit Symptomen ausgerichtete Vorgehensweise, die bereits von Beginn an die Konfrontation mit dem Tinnituston sucht, ist hier nicht ausreichend und aufgrund der Überreizung vieler Patienten auch nicht zu empfehlen. Patienten mit derartigen Begleitsymptomen sind darum vom Heidelberger Behandlungsmodell in seiner heutigen Form zu Recht ausgenommen; doch gerade sie benötigen Hilfe.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zum Heidelberger Modell der Musiktherapie bei chronischem Tinnitus sind insofern interessant, als sie mittels bildgebender Verfahren zeigen, dass neben auditiven auch nicht-auditive Gehirnareale an der Tinnituserstehungs- und Verarbeitung beteiligt sind, wobei Bereiche im tertiären Assoziationskortex eine wichtige

Rolle zu übernehmen scheinen. Zudem konnte anhand einer signifikanten Aktivitätserhöhung eines frontoparietalen Aufmerksamkeitsnetzwerks gezeigt werden, dass es mittels gezielter Aufmerksamkeitslenkung möglich ist, Ohrgeräusche aktiv auszublenden.

Der aktive Gebrauch des individuellen Tinnitustons für die Therapie bei tonalem Tinnitus stellt einen interessanten Behandlungsansatz dar, der bei Vorhandensein der nötigen technischen Voraussetzungen in andere, weiter gefasste Formen musiktherapeutischer Tinnitusbehandlung durchaus integriert werden könnte, jedoch aufgrund der oben diskutierten Einschränkungen nur für eine kleine Gruppe von Patienten tatsächlich in Frage kommt. Grundsätzlich unterscheiden sich die musiktherapeutischen Interventionen nach dem Heidelberger Modell vor allem durch den Gebrauch des individuellen Tinnitustons und den strikten Therapieplan von anderen musiktherapeutischen Therapieansätzen zur Behandlung bei Tinnitus. Kaum berücksichtigt werden die Hörgewohnheiten der Patienten und ihre Einstellung zum Hören an sich, die letztlich direkte Auswirkungen auf Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster der Betroffenen haben und damit auch den Umgang mit Tinnitus beeinflussen.

7.2. Die Tinnituszentrierte Musiktherapie (TIM)

In ihrer Ausrichtung auf die Behandlung unterschiedlicher Beschwerdebilder bei Tinnitus umfasst die von Cramer entwickelte Tinnituszentrierte Musiktherapie (TIM) deutlich mehr Möglichkeiten als das Heidelberger Modell (Cramer 2002). Auch werden hier Patienten berücksichtigt, die neben einem Tinnitus von einer Hyperakusis betroffen sind.

Im Gegensatz zum Heidelberger Modell, wo sehr rasch eine aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Tinnituston angestrebt wird, rät Cramer zunächst zu rezeptiven, stressreduzierenden, nicht konfliktorientierten Massnahmen.

Cramer untersuchte neben 18 subakuten bzw. chronischen Patienten auch 154 Akut-Patienten unterschiedlicher Tinnitusbelastung.

Dabei stellte sie anhand von Audiogrammen fest, dass 91,6 % der Patienten unter Hörschäden unterschiedlicher Ausprägung litten. Vielen dieser Patienten waren ihre Einschränkungen im Hörvermögen nicht bewusst. Zugleich konnte sie einen Zusammenhang von Tinnitus-Betroffenheit und Hörkonsum nachweisen. Demnach schienen Patienten mit Tinnitus täglich durchschnittlich etwa eine Stunde länger Radio zu hören, als der deutsche Normalbürger.

Die Auswahl der Musik erfolgte dabei oft wahllos, wobei sie häufig im Hintergrund konsumiert wurde. Die Fähigkeit bewusst zu hören und damit verbunden das Gespür für ein wohltuendes Mass beim Hören von Musik, schien bei einem Grossteil der Patienten weniger entwickelt zu sein.

Die TIM setzt darum neben der Hörberatung zur Aufklärung über Tinnitus, Einschränkungen im Hörvermögen und Lärm, mit der hörtherapeutischen Schulung der subjektiven auditiven Wahrnehmung an. Dabei ist die Vorgehensweise multisensorisch. Der Patient soll neben seinem Hörsinn auch andere Sinne, vor allem aber den Vibrationssinn aktivieren und sensibilisieren und darüber besonders eine fühlbare Verbindungen zum Ohrinneren entwickeln. Cramer spricht davon, dass die Patienten ihr nicht greifbares Innenohr wahrnehmen könnten. Tatsächlich dürften die von den Patienten körperlich registrierten Schwingungsempfindungen wohl eher dem Bereich von Ohrmuschel, Gehörgang und Trommelfell entstammen. Doch kann die fühlbar unterstützte Kontaktaufnahme zum eigenen Hörorgan das Bewusstwerden für dessen Möglichkeiten unterstützen. Daraus wiederum kann Wertschätzung entstehen, Hören als Fähigkeit zu betrachten.

Anregungen für die ambulant angebotene TIM kommen überwiegend aus der sensorisch-integrativen Musiktherapie. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Behandlung ist die Musikunterstützte Tiefenentspannung, die den Patienten dahin führen soll, zunehmend eigenständig Spannungen abbauen und mögliche Schlafprobleme mindern zu können. Hierfür wählen die Patienten ihren Vorlieben entsprechend Musik aus, die sie auch daheim hören.

Ein auf CD zusammengestelltes individuelles Hörtraining soll die Patienten zudem beim Üben im häuslichen Rahmen unterstützen. Das Aktivwerden des Patienten ist Voraussetzung für den Therapieerfolg.

Neben der mittels Hör-, Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen angestrebten Defokussierung ist die Förderung der Tinnitus-Akzeptanz eine bedeutsame Voraussetzung dafür, dass die Habituation des Tinnitus gelingen kann. Hierbei sind Denk- und Wahrnehmungsweisen der Betroffenen sehr bedeutsam, die in Verbindung mit den therapeutischen Massnahmen erkannt und bearbeitet werden.

Cramer konnte anhand ihrer Untersuchung von 154 Akut-Patienten zeigen, dass mit Hilfe musiktherapeutischer Massnahmen eine deutliche Verringerung des Tinnitusleidens und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen in Schlaf- und Entspannungsvermögen erreichbar ist und zugleich das körperliche und seelische Wohlbefinden der Betroffenen erkennbar zunimmt. Auch die Angaben der 18 Patienten mit subakutem und chronischem Tinnitus weisen tendenziell in diese Richtung.

Die TIM berücksichtigt trotz überwiegender Arbeit in Gruppen die persönliche Ausgangslage der Patienten, ihre Beschwerden, Erwartungen und Einstellungen. Therapieziel ist nicht allein die Linderung der Tinnituswahrnehmung, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.

8. Begriffsbestimmungen: Musiktherapie, Hörtherapie

8.1. Musiktherapie – Versuch einer begrifflichen Klärung

Hinweise auf die besondere Heilkraft der Musik finden sich bereits im Alten Testament. Im Buch Samuel wird die Geschichte von König Saul berichtet: *„Sooft nun der böse Geist von Gott über Saul kam, nahm David die Harfe und spielte darauf mit seiner Hand. So wurde es Saul leichter, und es ward besser mit ihm, und der böse Geist wich von ihm.“* (1. Samuel 16, 23)

Während sich Johannes Tinctoris (1434-1511), ein bedeutender Musikgelehrter der Renaissance, bei der Deutung dieser Geschichte vor allem auf die besondere Heilkraft der Musik konzentriert, wendet sich der jüdische Historiker Josephus Flavius der medizinisch-therapeutischen Komponente des Geschehens zu. Nach Ansicht Heymels betrachtet dieser König Saul als einen *„klinischen Fall, der einer gezielten Musiktherapie bedarf“*. (Heymel 2006)

Josephus bemerkt: *„Den Saul aber plagten allerhand Unruhen und böse Geister, die ihn ersticken und erwürgen wollten. Hiergegen wussten die Ärzte keinen besseren Rat, als dass man einen erfahrenen Sänger und (Kinor-) Spieler suchen müsse, der, sobald den Saul sein Übel befallte und die bösen Geister ihn heimsuchten, sich zu seinen Häupten hinstellen, den...(Kinor) spielen und singen sollte“* (Hoffmann-Axthelm 2000)

Doch dieser Sänger und Spieler war nicht nur im Gebrauch seiner Instrumente sehr erfahren. David spielte übrigens nicht Harfe sondern Leier oder Lyra (Westermann 1960). Der Bibeltext berichtet, dass sich zwischen Saul und David eine besondere Beziehung entwickelte. In Vers 21 heisst es: *„Und Saul gewann ihn sehr lieb.“*

Juliette Alvin betrachtet das Geschehen unter dem Gesichtspunkt zwischenmenschlicher Interaktion und schlussfolgert, dass die heilende Wirkung der Musik wahrscheinlich *„durch die Freude, die Saul an der Gegenwart eines liebevollen und gutaussehenden jungen Menschen mit ruhigem und ausgeglichenem Wesen hatte“* noch verstärkt worden sei.

(Alvin 1984)

Was genau ist es, was sich in der beschriebenen Szene zwischen David und Saul abspielt? Verabreicht David König Saul mit seinem Spiel eine Art „Medizin in Tönen“? Oder nimmt er im Prozess des Musizierens dessen Stimmungslage empathisch auf und tritt über die Musik als Mittel der Kommunikation mit Saul in einen Dialog? Unter heutigen Gesichtspunkten würde man fragen: War das, was David da tat MusikMedizin oder war es Musiktherapie im Sinne eines psychotherapeutisch wirksamen Verfahrens? Im Juli 2008 versuchten Vertreter verschiedener musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland, einen schulenübergreifenden Konsens zum Begriff „Musiktherapie“ herbeizuführen. These 1 der sogenannten „Kasseler Thesen zur Musiktherapie“ definiert Musiktherapie als *„eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselbeziehung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik“* (Kasseler Thesen 2008).

Dabei wird die Bezeichnung „Musiktherapie“ als Oberbegriff für verschiedenste, therapeutische Konzepte verwendet, die sehr wesentlich dadurch gekennzeichnet sind, dass sie psychotherapeutisch wirken. Grundlegend für das psychotherapeutische Wirkprinzip ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung im Rahmen eines therapeutischen Settings, welches in seinem Erscheinungsbild durch Faktoren wie Indikation, Zielsetzung und den methodisch didaktischen Ansatz des Therapeuten beeinflusst wird (Kasseler Thesen 2008).

Decker-Voigt und Spintge definieren Musiktherapie folgendermassen:

„Musiktherapie ist eine künstlerische Therapieform, in der Musik als Ausdrucksmittel (improvisierte Musik) und als Eindrucksmittel (gehörte Musik) in der therapeutischen Beziehung genutzt wird, um

- *Prävention*
- *Therapie*
- *Krankheitslinderung*
- *Hilfe für den Umgang mit chronischen Krankheiten*

im Lebenskonzept des Patienten herbeizuführen. Musik reaktiviert dabei immer jene positiven Kräfte, mit denen wir seit der pränatalen Phase und Kindheit unsere Umgebung erlebten und erarbeiteten. Musik ist somit eine Ressource für den Umgang mit unserer Gesundheit und Krankheit in allen Lebensbereichen.“ (Decker-Voigt, Spintge 2001)

Sie unterscheiden zudem zwischen musiktherapeutischer und musikmedizinischer Behandlung. MusikMedizin sei eine wissenschaftlich fundierte, medizinisch-funktionale Anwendung von Musik, um schulmedizinische Massnahmen in den Bereichen Prävention, Therapie und Rehabilitation zu unterstützen. Davon abzugrenzen ist Musik als Kunst, die im Gesundheitswesen der Kommunikationsförderung von Patienten und Personal dienen könne.

Etwas weiter fasst die National Association for Music Therapy (NAMT) den Begriff Musiktherapie. Sie definiert ihn als: „*wissenschaftliche Anwendung der Musik zum Zweck therapeutischer Ziele*“ (Benenzon 1973).

Doch was heisst wissenschaftlich? Gerade im Bereich der Musiktherapie existieren verschiedenste theoretische Ansätze, die sich nicht in einem schlüssigen Grundkonzept zusammenfügen lassen. Allein die Bandbreite unterschiedlicher Definitionen zum Musiktherapiebegriff verdeutlicht dieses Problem. Einig scheint man sich lediglich dahingehend zu sein, dass Musik eine ganz besondere Wirkung entfalten, den Menschen unmittelbar berühren und dabei heilsamen Einfluss auf seine psychische und physische Befindlichkeit ausüben kann.

Hinzu kommt, dass sich die Wirkung musiktherapeutischer Behandlungen häufig nicht mit den „üblichen“ als wissenschaftlich anerkannten Untersuchungsmethoden darstellen lässt. Am ehesten scheint dies noch im Bereich der „MusikMedizin“ möglich zu sein, wo physiologisch messbare Reaktionen zur Auswertung herangezogen werden. Doch lässt sich mit derartigen Untersuchungsergebnissen kaum eine verlässliche Aussage über die tatsächliche psychische Verfassung eines Patienten treffen. Der Schwede Pontvik, als Schüler C.G. Jungs eng mit der Tiefenpsychologie verbunden, lehnte den Einsatz von Musik im Sinne eines Medikamentes auf

der Grundlage statistischer Untersuchungen darum gänzlich ab. Er war der Ansicht, dass medizinische Untersuchungsverfahren zur Wirkung der Musik für die Musiktherapie nicht von Bedeutung seien (Ster 2009).

Bei dem Versuch, das weite Feld musiktherapeutischer Arbeitsweisen zu überblicken, begegnet man häufig einer Einteilung, die sich daran orientiert, wie Musik in der Therapie zum Einsatz kommt. Neben **pädagogisch ausgerichteter Musiktherapie**, die vor allem auf Entwicklungsförderung, beispielsweise bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen zielt und dem Bereich der „**MusikMedizin**“ (auch als Musik in der somatogenen Medizin bezeichnet), wo man Musik vor allem gleich einem Medikament zum Einsatz bringt – beispielsweise zur Schmerzlinderung oder Beruhigung vor operativen Eingriffen, in der Betreuung von Alzheimer-Patienten oder in der Rehabilitation - wird im Besonderen die **Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren** hervorgehoben.

Im Mittelpunkt steht neben der Musik, als Hauptwirkfaktor die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der jeweiligen Settingstruktur.

Nach Petersen übernimmt der Therapeut als Gefährte, Begleiter und Diener die Aufgabe (Petersen 2009), „...dem Patienten in seinem Leiden zu einer tieferen und umfassenderen Erfahrung seines Lebens zu verhelfen – dass es dabei auch zur Linderung oder gar Behebung eines Schmerzes kommen kann, gehört nicht primär zur therapeutischen Vereinbarung bei Beginn der Therapie...“.

Vordergründiges Ziel ist also nicht die Beseitigung oder Verringerung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Vielmehr geht es darum, den Umgang mit dieser heilsam zu beeinflussen. Dabei wird die Musik als nonverbales Kommunikationsmittel eingesetzt, welches einen Zugang zum Unbewussten schaffen soll und helfen kann psychische und physische Spannungszustände zu regulieren. Ebenso kann sie als Ersatz für Sprache eine spätere verbale Kommunikation vorbereiten, indem sie den Patienten auf emotionaler Ebene erreicht und aktiviert. (Cramer 2002)

Die Arbeitsweise ist in diesem Bereich heute überwiegend durch aktives Improvisieren gekennzeichnet, welches vom Patienten keine musikalischen Vorkenntnisse erfordert. Man spricht darum auch von **aktiver Musiktherapie**, wobei der Patient selbst aktiv Klang gestaltet. Cramer schreibt hierzu: „Das Ziel der aktiv-produzierenden Musiktherapie ist es, durch musikalische Aktivität individuelle seelische Strukturen zu entdecken, die Ich-Organisation zu fördern sowie kommunikative Fähigkeiten zu entwickeln...Der kommunikative Aspekt der aktiven Musiktherapie, der nicht nur durch die Sprache, sondern vor allem durch die Musik vermittelt wird, spielt in der therapeutischen Interaktion zwischen Therapeut und Klient die wesentliche Rolle.“ (Cramer 2002)

Die aktiv-reproduzierende Form musiktherapeutischer Arbeit dürfte wohl eher im Bereich der Pädagogischen Musiktherapie Anwendung finden, wo Musik häufiger mit Stimme oder Instrument oder auch beidem zugleich wiedergegeben und damit reproduziert wird. Ziel ist hier neben dem Musikerleben zugleich die musikalische Schulung.

Die Anfänge musiktherapeutischen Arbeitens – die Geschichte um David und König Saul belegt es – waren überwiegend rezeptiv. Eine Verlagerung hin zur aktiven Musiktherapie beginnt in Deutschland in den sechziger Jahren (Ster 2009). Die Folge ist, dass die **rezeptive Musiktherapie** in den siebziger Jahren im Bereich psychotherapeutisch ausgerichteter Musiktherapie immer seltener zum Einsatz kommt. Als wichtige Vertreter sind hier Schwabe und Decker-Voigt zu benennen, die vor allem klassische Kompositionen bevorzugen (Cramer 2002).

Aktuell erfährt die rezeptive Musiktherapie vor allem durch Frohne-Hagemann eine schrittweise Wiederbelebung, welche sich zum Ziel gesetzt hat, der rezeptiven Musiktherapie einen gleichberechtigten Platz neben der aktiven Musiktherapie zu verschaffen (Frohne-Hagemann 2004).

Der Patient ist bei der rezeptiven Musiktherapie in erster Linie Hörender auf das, was der Therapeut aktiv für ihn spielt oder ihm über Tonträger anbietet. Er selbst spielt nicht, was jedoch nicht bedeutet, dass der Patient im Prozess des Hörens passiv bleiben muss. Unabhängig davon, was mit der zu

hörenden Musik, den Klängen und Rhythmen in Gang gesetzt werden soll, über die aufmerksame geistige Beteiligung des Patienten kann dieser in Beziehung treten zur Musik, zum Therapeuten und zu sich selbst. Die Einsatzgebiete rezeptiver Musiktherapie sind je nach Zielsetzung sehr breit gefächert und reichen von pädagogischen und psychotherapeutischen Ansätzen bis hin zur MusikMedizin.

Doch wie verhält es sich mit der MusikMedizin? Spintge bezeichnet die hier zum Einsatz gebrachte Musik als „*intensivstes, emotionales Kommunikationsmittel*“. Doch wer kommuniziert mit wem? Spintge berichtet, dass mit Hilfe musikalischer Stimuli neben quantitativ messbaren physiologischen Reaktionen auch auf psychische Befindlichkeiten wie beispielsweise das seelische Wohlbefinden der Patienten Einfluss genommen werden kann (Spintge 2001).

Es ist davon auszugehen, dass die Patienten auch im klinischen Bereich nicht sich selbst überlassen bleiben. Jedwede musikmedizinische Behandlung ist folgerichtig eingebettet in ein Gesamtkonzept, in welchem Behandelnde und Patienten einander begegnen und miteinander in Beziehung treten. Auch wenn diese Art der Beziehung im Vergleich zum musiktherapeutischen Setting rudimentär erscheinen mag, ist ihre Wirkung meines Erachtens dennoch nicht zu unterschätzen. Im Rahmen dieser Beziehung begegnet der Patient der Musik. Die Wahrnehmung der Musik wird beeinflusst durch diesen Beziehungsrahmen, durch die Menschen, die ihn mit dieser Musik in Verbindung bringen und sie kann wiederum Einfluss darauf nehmen, wie sich der Patient in selbigem fühlt und erlebt. Hinzu kommt die aktuelle Befindlichkeit des Patienten, seine möglicherweise vorhandenen Ängste aber auch Hoffnungen, die er mit der Behandlung verknüpft. Die Musik ist Teil dieser Behandlung und zugleich ist sie über Hörerfahrungen des Patienten dazu in der Lage, ihn auf emotionaler Ebene in ganz persönlicher Weise zu erreichen und heilsam auf ihn zu wirken. Der Patient kommt über die Musik in Kontakt mit sich selbst und kann im Idealfall aus ihr zugleich Kraft und Hoffnung für die Bewältigung seines Leidens empfangen. Hinzu kommt, dass Musik nicht im luftleeren Raum entsteht. Sie

wird von Menschen erschaffen, die ihrerseits Erfahrungen, Hoffnungen und Wünsche in sie hineinlegen. So betrachtet wird auch musikmedizinisches Vorgehen durch Beziehung bestimmt und wirkt auf die Psyche. Damit ist sie aus meiner Sicht musiktherapeutisch wirksam.

Die vielen, oft vergeblichen Bemühungen um einen möglichst einheitlichen Musiktherapiebegriff scheinen zum Teil auch durch berufspolitische Aspekte beeinflusst zu sein und nicht allein durch die Sorge um den Patienten. Hierbei geht es um Positionierung und Abgrenzung. Wer darf sich Musiktherapeut nennen, wer nicht? Welche Voraussetzungen sind für eine musiktherapeutische Arbeit erforderlich? In diesen Auseinandersetzungen entsteht nicht immer nur Gutes. Am Beispiel der MusikMedizin aber auch der rezeptiven Musiktherapie wird dies für mich sehr deutlich. Es gab Zeiten in denen in Zweifel gezogen wurde, dass musikmedizinisches Arbeiten überhaupt Musiktherapie sei. Die rezeptive Musiktherapie wurde zu Gunsten der aktiven Form vielfach vernachlässigt. Dabei sind gerade diese beiden Bereiche die eigentliche Wiege der Musiktherapie. Nochmals beziehe ich mich auf die Begebenheit um Saul. Er hatte psychische Probleme und seine Ärzte verordneten ihm als Medizin das Hören von Musik, rezeptive Musiktherapie also. Das Schöne ist, dass es Saul durch diese Behandlung tatsächlich besser ging. Was bei erster Betrachtung wie eine rein musikmedizinische Behandlung wirkt und wahrscheinlich auch so gedacht war, entwickelt sich bei näherer Betrachtung zur therapeutischen Settingstruktur, in der Patient und Therapeut über die Musik in Beziehung treten.

Wichtig ist mir darauf hinzuweisen, dass letztlich jede Form musiktherapeutischer Arbeit, egal ob sie pädagogisch, psychotherapeutisch oder medizinisch ausgerichtet ist, auf Beziehung basiert. Zugleich sehe ich auch in der Musik selbst, vor allem im Bereich klassischer Kompositionen, ein besonders heilsames Potential, so dass sich aus meiner Sicht nicht die Frage stellt, ob es sich um „Therapie durch Musik“ oder „Therapie mit Musik“ handelt. Ich denke, beides ist möglich (Ster 2009).

8.2. Hörtherapie

Die Hörtherapie (Hesse 2002, Sigron Krausse 2006, Sigron Krausse 2009) ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis. Die Bezeichnung legt die Vermutung nahe, diese Form der Therapie widme sich allein dem Hören. So bezeichnet Schulz (Schulz 1982) die Hörtherapie als Teil der Klangtherapie, die da sie noch nicht mit „geformter Musik“ sondern „elementaren Klangphänomenen und Klangfarben“ arbeite, eine „Vorstufe der Musiktherapie“ darstelle. Sie findet vorwiegend Einsatz in der rehabilitativen Musiktherapie mit Schwerhörigen und Gehörlosen. Im Kontext von Tinnitus und Hyperakusis handelt es sich hingegen um eine multisensorische Therapie mit musiktherapeutischen Bestandteilen, in deren Mittelpunkt die Umstrukturierung der auditiven Fähigkeiten mittels bewusster Aufmerksamkeitslenkung steht. Ziele sind Defokussierung und Habituation. Mit neu „geöffneten“ Ohren soll die Freude an einem Hören zurückgewonnen werden, das alle Sinne einbezieht, angenehme Dinge in das Zentrum der Wahrnehmung rückt und Lebensfreude vermittelt. Ansatz ist hierbei die begrenzte Aufnahmefähigkeit des menschlichen Geistes, der meist nur ein Objekt mit einem Sinn bewusst erfassen kann. Je stärker das geschieht, desto mehr wird die Kraft des Geistes und damit die Intensität der Wahrnehmung von anderen Dingen und Sinnen abgezogen. Andere Sinneseindrücke treten in den Hintergrund. Gelingt es dem Patienten seine Aufmerksamkeit bewusst auf tinnitusferne Dinge zu richten, kann der Tinnitus automatisch aus dem Zentrum der Wahrnehmung treten. Er wird somit weniger bewusst, weniger intensiv und weniger störend empfunden. Obwohl es bisher keine einheitliche Begriffsbestimmung zur Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis gibt, umfasst sie im Wesentlichen fünf Bereiche, die sich gegenseitig durchdringen. Bei der Vermittlung theoretischer Grundlagen für und an den Patienten, dem so genannten „Theorie erfahren“, geht es zunächst um Austausch und Aufklärung über Tinnitus und Hyperakusis, ihre Wirkungsweisen und Begleiterscheinungen und damit verbunden um den Abbau von Angst und Unsicherheit. So sind nicht nur die Beschwerden, sondern auch die Hörvorlieben, Erwartungen und Ziele

des Patienten im hörtherapeutischen Gespräch ein wichtiges Thema. Viele der schwer bis sehr schwer von Tinnitus und/oder Hyperakusis Betroffenen sind vom Kompetenz- in den Überlebensmodus geraten und ziehen sich zunächst mit den Ohren, später auch mit anderen Sinnen zunehmend aus dem sozialen Leben zurück. So dienen Wahrnehmungsübungen neben der Vertiefung theoretischer Grundlagen auch der Neusensibilisierung möglichst aller Sinne und damit schrittweise der genussvollen Rückführung in das alltägliche Lebensumfeld. Gezielte Hörübungen mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik dienen dazu, vorhandenes Hörvermögen zu reaktivieren, zu trainieren, zu erhalten und damit subjektive Hörfertigkeiten zu verbessern. Das tägliche Musikhörtraining dient neben der bewussten Aufmerksamkeitslenkung hin zu angenehmen, selbst bestimmten Höreindrücken auch der „Ernährung“ des Patienten und einer heilsamen Konditionierung. Die Musik sollte dem Patienten angenehm sein, zunächst eher trophotropen Charakter haben, möglichst viele Obertöne enthalten -- etwa 80 % der Energiezufuhr bezieht das Hirn fast ausschliesslich über den Empfang hoher Frequenzen - und den Tinnitus nicht überdecken. Hört der Patient dieselbe Musik bewusst und genussvoll über einen längeren Zeitraum, besteht die Möglichkeit eines neuen „Abdruckes“ auf der Hörrinde in Form von erhöhter Hirnaktivität in den für die Verarbeitung zuständigen Hirnarealen. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Patienten mit chronisch dekompensiertem Tinnitus das Ohrgeräusch eine solche „Spur“ hinterlassen hat (Mühlau et al. 2006). Die mit der Musik verbundenen Assoziationen und Empfindungen bleiben im Gegensatz zu anderen Sinnesreizen deutlich länger abrufbar (Decker-Voigt 2000, Kellerhals et al. 1998). Das aktive Klanggestalten umfasst zunächst das spielerische Ergründen einfacher Klanginstrumente mit der Möglichkeit, nach und nach mit dem Klang zu verschmelzen, den Tinnitus zu umspielen, ihn spielend zu integrieren oder ihm einen selbst bestimmten Ton - auch unter Einbezug der Stimme - „als Antwort“ entgegen zu setzen. Auch hier sollen möglichst viele Sinne angeregt werden. Deshalb enthält das hörtherapeutische Behandlungskonzept der Tinnitusklinik Waldhaus in Chur

(Schapowal 2006) im Bereich der aktiven Klanggestaltung den Instrumentenbau. Die Patienten haben die Möglichkeit in der Klinikschreinerei ein eigenes Klanginstrument wie z. B. ein südamerikanisches Regenrohr zu bauen, das sie ebenso wie die individuell gewählte Musik des Musikhörtrainings auf Wunsch zum weiteren therapeutischen Gebrauch mit nach Hause nehmen können. Entspannung ist ein zentrales Thema in der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis. Nur wenige Patienten verfügen über entsprechende Techniken und sind in der Lage, diese auch anzuwenden (Cramer 2002). Da Methoden wie das Autogene Training oder die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson allein häufig die Wahrnehmung des Tinnitus verstärken, bietet sich als Alternative die Tiefenentspannung mit Klängen und Musik an (Cramer 2002, Sigron Krausse 2006, Kellerhals et al. 1998). Ein Grossteil der Patienten spürt bereits während der ersten Anwendung eine deutliche Wirkung in Form von Gelöstheit, Wohlgefühl, körperlichen Empfindungen wie Wärme oder Kribbeln und „Schweben“ in inneren Bildern. Doch auch die Verbindung der oben genannten Entspannungsverfahren mit Klängen und Musik kann sinnvoll sein (Cramer 2002).

Die Formen hörtherapeutischer Behandlung und damit auch deren Definition sind vielfältig. In der Tinnitusklinik Bad Arolsen - ursprünglich als vorwiegend multisensorische Therapie zur Schärfung aller Sinne entwickelt - wurden zunehmend auch musiktherapeutische Verfahren in die hörtherapeutische Behandlung einbezogen. So ist die Hörtherapie bei Cramer (Cramer 2002) eine Säule der Tinnituszentrierten Musiktherapie, während im Behandlungskonzept der Tinnitusklinik Chur Musiktherapie und Hörtherapie eine enge Verbindung eingehen, so dass die Bezeichnung **Musik- und Hörtherapie** sinnvoll ist. Die Behandlung erfolgt je nach Erfordernissen als Einzel- oder Gruppentherapie im stationären, teilstationären oder ambulanten Rahmen, meist integriert in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept. Die Wahl des therapeutischen Rahmens wird wesentlich vom Schweregrad der Betroffenheit, den Persönlichkeits-Auffälligkeiten und den möglichen psychischen Ko-

Morbiditäten beeinflusst. Nicht selten sprechen finanzielle Erwägungen für die Gruppentherapie. Die Erfahrungen der zweimal wöchentlich durchgeführten Einzeltherapie in der Tinnitusklinik Chur zeigen, dass schwergradig betroffene Patienten diese individuelle und intensive Form therapeutischer Begleitung meist als sehr entlastend und hilfreich wahrnehmen.

Teil 2: Praktischer Teil -Musik- und Hörtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Tinnitus und Hyperakusis im Rahmen der stationären Therapie der Tinnitusklinik Chur

9. Die Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis in der Tinnitusklinik Chur – Ziele, Aufbau, Vorgehensweisen und Untersuchungsergebnisse

9.1. Rahmenbedingungen – das therapeutische Konzept der Klinik

1% der Schweizer Bevölkerung ist von Tinnitus und Hyperakusis so schwergradig betroffen, dass zur Bewältigung des Leidens und zur Verbesserung der Lebensqualität eine stationäre, psychotherapeutische Behandlung erforderlich wird. Seit Januar 2006 bietet die Psychotherapiestation der Klinik Waldhaus in Chur die in der Schweiz erste und bisher einzige, stationäre Therapie dieser Art für Patienten mit Tinnitus, Hyperakusis und Phonophobie an. Das eigens hierfür entwickelte Psychotherapiekonzept des schwergradigen Tinnitus und der schwergradigen Hyperakusis basiert auf internationalen Erfahrungen und Ergebnissen.

Ziel der stationären Therapie sind die Bewältigung des Leidens und die Verbesserung der Lebensqualität durch verschiedene Formen der kognitiven Verhaltenstherapie und der Musik- und Hörtherapie unter Einbeziehung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Familien- und Paartherapie. Nach dem stationären Aufenthalt findet eine ambulante, psychotherapeutische Nachbetreuung der Patienten statt.

Das Therapiekonzept der Tinnitusklinik Waldhaus bei Tinnitus und Hyperakusis basiert auf einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatz, der medizinische, psychologische, musik- und hörtherapeutische, sowie weitere nonverbale Methoden (wie Bewegungs-, Tanz- und Gestalttherapie) berücksichtigt.

Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung ist die kognitive Verhaltenstherapie unter Einbeziehung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Familien- und Paartherapie. Für einen guten

Therapieerfolg ist es wichtig, dass die Psychotherapie der individuellen Problematik und den persönlichen Zielvorstellungen des Patienten angepasst ist. Dieses Therapiekonzept setzt den Wunsch des einzelnen Patienten voraus, an seinen Problemen, an seinem eigenen Verhalten und an seinen Einstellungen etwas verändern zu wollen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die Bereitschaft zur Veränderung und konkreten Mitarbeit. Langfristig soll der Patient selbst zu einem Experten seiner Erkrankung und Behandlung werden und hierdurch in die Lage versetzt werden, das erlernte Verhalten auch zu Hause im privaten oder beruflichen Bereich umzusetzen, und mit künftigen, neuen Belastungen umzugehen. Die Therapie versteht sich als eine „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Die Musik- und Hörtherapie ist als wichtiger Bestandteil in das interdisziplinäre Behandlungskonzept der Klinik integriert und erfolgt in der Regel zweimal wöchentlich als Einzeltherapie im stationären oder teilstationären Rahmen. Sie soll in den nächsten Kapiteln näher beschrieben werden.

Die Patienten nehmen ausserdem individuell an Gestaltungs-, Bewegungs- und Tanztherapien teil. Von den Mitarbeitern der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege wird ein milieutherapeutisches Konzept eingesetzt. Zudem kommen Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation unter Leitung eines Psychologen), medikamentöse Therapie sowie Naturheilverfahren (Phytotherapie inkl. Phyto-Balneologie, Akupunktur, Neuraltherapie, manuelle Medizin, Physiotherapie und Massagen) zur Anwendung. Für die sozialen Belange der Patienten steht ein Sozialarbeiter zur Verfügung.

Wöchentlich findet ein Training sozialer Kompetenzen statt. Es umfasst die Förderung der Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse sowie zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Fertigkeiten auszudrücken und zu verbessern. Dieses wird von Psychologen und Co-Therapeuten aus dem Pflegebereich geleitet. Schwerpunkt der Arbeit in der Genussgruppe ist die Wiederentdeckung und Sensibilisierung der Sinne Sehen, Riechen, Schmecken und Tasten. Weiterhin soll die Bereitschaft zu genussvollen

Erlebnissen gestärkt werden. Einmal pro Woche kocht eine Patientengruppe mit Unterstützung des Pflegepersonals das Abendessen für die ganze Station. Die Verantwortung trägt eine Pflegeperson, welche die Teilnehmer beim Planen, Einkaufen, Kochen und Aufräumen berät und unterstützt.

Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben Schwierigkeiten in der Gestaltung ihrer freien Zeit. Da die meisten Patienten vorübergehend aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, entfällt eine wichtige Zeitstruktur und Kontaktmöglichkeit, wodurch die Gestaltung der freien Zeit an Bedeutung gewinnt. Unsicherheiten im Kontakt mit anderen Menschen, eingeschränkte Wahrnehmung und mitunter geringe finanzielle Möglichkeiten können die Umsetzung der Freizeitgestaltung erschweren. Die Handlungs- und Sozialkompetenz werden durch Beschaffen von Informationen, Kontaktaufnahme, Teilnahme an einem Event und einer kurzen Vortragsübung im Rahmen der Gruppe erweitert. Einmal wöchentlich findet eine Aktivität inner- oder ausserhalb der Station statt. Die Leitung übernimmt eine Pflegefachperson.

Der Austrittstermin wird mit dem Patienten gemeinsam festgelegt. Vor dem Austritt findet nach Möglichkeit ein gemeinsames Gespräch mit dem Patienten, dem Behandlungsteam und dem weiter betreuenden Therapeuten statt. Die erreichten Ziele werden gemeinsam besprochen sowie die notwendigen weiteren Massnahmen aus Sicht des Behandlungsteams und des Patienten festgelegt. In der Regel wird eine ambulante Psychotherapie angeschlossen. Diese kann im Rahmen der Psychotherapietagesklinik in Chur, im Rahmen des ambulanten psychiatrischen Dienstes oder bei niedergelassenen Psychotherapeuten erfolgen.

9.2. Schulung von Hörbewusstsein und Hörverhalten – der therapeutische Ansatz für die Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur

Die Musik- und Hörtherapie ist **erlebnis- und übungszentriert**. Im Mittelpunkt steht die Umstrukturierung der auditiven Fähigkeiten des Patienten durch die **Schulung von Hörbewusstsein** und **Hörverhalten**.

Ziele sind Defokussierung und Habituation. Mit neu „geöffneten“ Ohren soll die Freude an einem Hören zurück gewonnen werden, das alle Sinne einbezieht, angenehme Dinge in das Zentrum der Wahrnehmung rückt und Lebensfreude vermittelt. Ansatz ist hierbei die **begrenzte Aufnahmefähigkeit des menschlichen Geistes**, der in der Regel nur ein Objekt mit einem Sinn bewusst erfassen kann.

Robert Jourdain bemerkt hierzu:

„Unser Gehirn kann zu jedem Zeitpunkt nur einen winzigen Teil aus der Vielzahl der Eindrücke verarbeiten, die auf uns einstürmen, unser Körper kann nur eine von Hunderten möglichen Aktivitäten ausführen, und unser Geist kann sich nur einen Bruchteil der Realität aus den unermesslichen Möglichkeiten ausdenken.“ (Jourdain 2001)

Je stärker es also gelingt, die Aufmerksamkeit einem bestimmten Objekt zuzuwenden, desto mehr wird die Kraft des Geistes und damit die Intensität des menschlichen Wahrnehmens von anderen Dingen und Sinnen abgezogen. Andere Sinneseindrücke treten in den Hintergrund, was wiederum bedeutet, dass ein Ohrgeräusch automatisch aus dem Zentrum des Wahrnehmens treten kann, sobald der Patient seine Aufmerksamkeit bewusst auf tinnitusferne Dinge richtet. Die Folge ist, dass er sein Ohrgeräusch für diese Momente weniger bewusst, weniger intensiv, mitunter auch gar nicht wahrnimmt.

Jourdain bezeichnet die Frontallappen als die wichtigsten Kontrollzentren für die Aufmerksamkeit, mit deren Hilfe mehrheitlich die Entscheidung getroffen werde, welchen Objekten wir uns bewusst zuwenden (Jourdain 2001). Als bedeutsam erachtet er in diesem Zusammenhang die Emotionen, deren Sinn er darin sieht, das Zentralnervensystem bei der

Suche nach „den wichtigen Aktivitäten“ zu unterstützen, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen.

„Das Limbische System zieht unser gesammeltes Wissen heran, gewichtet gleichzeitig die Bedeutung jedes einzelnen Faktors und steuert uns so zur am ehesten angemessenen Reaktion. Das geschieht in engem Zusammenwirken mit dem Cortex, der die detaillierte Analyse der Sinneswahrnehmungen und der verfügbaren Möglichkeiten beisteuert.“
(Jourdain 2001)

Die Bedeutung des „Faktors Tinnitus“ ist somit entscheidend dafür, ob und wie gut Defokussierung und damit verbunden die Habituation eines Ohrgeräusches gelingen können. Emotionen, die eine Bedrohung implizieren, bewirken folgerichtig, dass sich der Scheinwerfer der Aufmerksamkeit auf die als wichtig eingestufte Information „Tinnitus“ richtet, um nötige Schutz- und Abwehrmechanismen in Gang zu setzen.

„Nach dem transaktionalen Stressmodell wird der belastende Charakter der Tinnituswahrnehmung durch die Art und Interaktion zwischen dem betroffenen Individuum und der Bedingung Tinnitus bestimmt. Die Bewertung der Ohrgeräusche als Bedrohung und die Antizipation fehlender Bewältigungsmassnahmen führen zu (physiologischem und emotionalem) Stress.“ (Delb et al. 2002a)

Jastreboff und Hazell gehen in ihrem Neurophysiologischen Tinnitusmodell davon aus, dass das Ausmass des Leidens am Tinnitus nicht durch seinen Entstehungsort, sondern durch die Art der Reizverarbeitung bestimmt wird, wobei vor allem die Bewertung des ankommenden Signals eine zentrale Rolle spielt. Sie betrachten Tinnitus als Folge abnormer neuronaler Aktivität in der Hörbahn, welche im auditorischen Kortex als Geräusch gedeutet und durch emotional gefärbte Aufmerksamkeitsreaktionen beeinflussbar ist. Dabei werden zugleich auch Hirnareale angeregt, die nicht auf die auditorischen Bereiche begrenzt sind (Hesse 2008). Demnach kann beispielsweise eine Angststörung die Belastung durch den Tinnitus verstärken.

Ähnlich der Verknüpfung von Angst und Tinnituswahrnehmung, korrelieren Angst und Schmerz miteinander. Forschungen (Chattopadhyay et al. 1980, Asmundson et al. 1997) deuten darauf hin, dass Angst die Stärke einer Schmerzreaktion erhöht und dadurch zugleich die Habituation erschwert.

In der Therapie geht es nun darum, die enge Verbindung von Emotionen und Aufmerksamkeit therapeutisch zu nutzen, über angenehm erlebte Hör- und Sinneserfahrungen die vermeintliche Gefahr des Phänomens Tinnitus zu relativieren und diesen selbst einer gedanklichen Neubewertung zu unterziehen. Am eindrücklichsten geschieht dies über gelebte Erfahrungen, weil diese wiederum mit Emotionen verbunden sind und so eine Umdeutung des Tinnitus von Bedrohung zu Entwarnung für den Betroffenen fühlbar, unterstützen können.

Die Formen hör- und musiktherapeutischer Behandlung und damit auch deren Definition sind vielfältig. In der Tinnitusklinik Bad Arolsen ursprünglich als multisensorisches Wahrnehmungstraining zur Schärfung aller Sinne entwickelt, wurden zunehmend auch musiktherapeutische Verfahren in die hörtherapeutische Behandlung einbezogen.

So wird beispielsweise die Hörtherapie bei Cramer (Cramer 2002) als eine Säule der Tinnituszentrierten Musiktherapie (TIM) definiert, während mit der Bezeichnung „Musik- und Hörtherapie“ im Behandlungskonzept der Tinnitusklinik Chur die enge, sich gegenseitig durchdringende Wechselbeziehung von Musiktherapie und Hörtherapie in den Mittelpunkt gerückt wird. Demnach beeinflussen hörtherapeutisch angeregte Strategien des Wahrnehmens nicht nur die Qualität des Hörens an sich, sondern nehmen ebenso Einfluss auf das mit Geräuschen, Klängen und Musik verbundene, persönliche Erleben des Patienten.

So kann es geschehen, dass über eine empfindungsbetonte Annäherung an das Hören, dieses auch strategisch verändert wird, „wie von selbst“ Hörweisen entdeckt werden, die eine Verbesserung des subjektiv auditiven Hörvermögens fördern. Die Wahl der therapeutischen Mittel wird wesentlich vom Schweregrad der Betroffenheit, den Persönlichkeits-Auffälligkeiten und möglichen psychischen Komorbiditäten beeinflusst.

Trotz der Unterschiede in Bezeichnung und Form beziehen alle oben erwähnten therapeutischen Ansätze die **Förderung des aktiven, bewussten Hörens** als bedeutsame Grundlage in die Behandlung ein.

„Da Tinnitus ein Symptom gestörter Hörwahrnehmung ist und da zugleich das Gehirn in jedem Lebensalter zu plastischen Umbauprozessen in der Lage ist, liegt es nahe, diese Platizität zu nutzen, um das Störgeräusch Tinnitus zu habituieren oder aus der aktiven Wahrnehmung herauszufiltern.“
(Hesse 2008)

Musiktherapeutische Arbeitsweisen erweitern im Unterschied zur reinen Hörtherapie die Vielfalt und Wirkungstiefe der Behandlung.

„Hören in dieser neuen Dimension zu begreifen und zu erfassen, gelingt besonders gut, wenn man sich der künstlerischen Form des Hörens, der Musik, bedient. Denn in der Musik sind alle rudimentären Hörerfahrungen impliziert; zugleich entwickeln sich durch Musik Erfahrungen, die Gefühle beeinflussen und durch Hinhören anrühren können.“ (Hesse 2008)

Die Auseinandersetzung mit dem Hören bleibt somit nicht auf reine Hörstrategien beschränkt, sondern wendet sich ebenso der mit dem Hören und Wahrnehmen verbundenen Gefühlsebene zu.

Die Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur bei Tinnitus und Hyperakusis wird zweimal wöchentlich in Form einer einstündigen Einzeltherapie angeboten, wodurch eine individuell auf den Patienten ausgerichtete, therapeutische Begleitung möglich wird, welche in den Reflektionen vieler Patienten wertschätzend Erwähnung findet.

Dem Grossteil der Patienten fällt ein „rational“ ausgerichteter Einstieg über konkrete Höraufgaben leichter. Hiermit wird es ihnen möglich, sich überlegt mit Hör- und Wahrnehmensweisen in Bezug auf ihren Tinnitus und eine möglicherweise vorhandene Hyperakusis auseinanderzusetzen und zugleich neue, entlastende Formen des Hören und Wahrnehmens zu entwickeln. Doch es gibt auch Patienten, die sich rasch den mit dem Hören verbundenen Emotionen zuwenden. Das Ohrgeräusch scheint als eine Art „Türöffner“ zu fungieren, um sich mit dahinter verborgenen, seelischen Anliegen und Problemen zu beschäftigen und hierfür Lösungen

zu suchen. Diese Patienten wenden sich über Geräusche, Klänge und Musik zuerst ihrem emotionalen Erleben zu. Das kann dazu führen, dass ein Ohrgeräusch in den Schilderungen der Patienten zeitweise gar nicht mehr auftaucht oder nur noch am Rande Erwähnung findet, indem ein Patient beispielsweise bemerkt, dass mit der seelischen Entlastung auch die empfundene Intensität eines Ohrgeräusches abnehmen kann.

9.2.1. Hörbewusstsein

Hörbewusstsein bezeichnet im Kontext musik- und hörtherapeutischer Behandlung bei Tinnitus und Hyperakusis **Achtsamkeit im Hören und Wahrnehmen**. Gemeint ist eine **geistige Einstellung** in Form einer „**empfangsbereiten Haltung**“ zum Hören und zum Hörbaren an sich, die auf dem Verständnis basiert, dass Hören ein kostbares Gut, eine Verbindung zum Leben, Quelle von Nahrung und Energie, von Lebensfreude oder auch Leid sein kann und die über das Hörverhalten das Gesamtbefinden eines Menschen nachhaltig beeinflusst. Hörbewusstsein heißt, es ist dem Betroffenen wichtig, **dass** er hört, **was** er hört und **wie** er hört, weil es eine Wirkung auf ihn hat.

Die Bedeutung des Hörens für den Einzelnen ist grundlegend für die Wirksamkeit musik- und hörtherapeutischer Behandlungsansätze, da sie das Hörverhalten direkt beeinflusst und über persönliche Sicht- und Wahrnehmungsweisen wiederum das Empfinden des Hörbaren beeinflusst. Hesse bemerkt hierzu, dass die Habituation des Störgeräusches Tinnitus nur gelingen könne: „... wenn das Hören auch bewusst gemacht wird und zugleich hohe Bedeutung erhält.“ (Hesse 2008)

Ein Mensch, der unter Tinnitus und/oder Hyperakusis leidet, erlebt sein Hören stark verändert. Einer gedanklichen Fixierung auf leidvoll erlebte Ohrgeräusche, ein als unangenehm empfundenes Hörumfeld, folgen Ängste, Gefühle der Ohnmacht und Stress, die wiederum die Wahrnehmung der Störreize und die damit verbundenen leidvollen Erfahrungen verstärken. Die Betroffenen geraten in einen sich selbst verstärkenden Wirkkreis aus Wahrnehmung, negativer Bewertung und

Stress. Hören ist dann mehrheitlich verbunden mit Unwohlsein, Frustration, Angst und Stress und mit der Nötigung, etwas hören zu müssen, was der Betroffene nicht hören möchte, mit dem getrennt sein von ersehnter Ruhe. Nicht selten kommen Einschränkungen im Hörvermögen hinzu, die das Hören zusätzlich erschweren.

So kann es geschehen, dass die „Fähigkeit Hören“ gesamthaft negativ betrachtet und erlebt wird. Angenehme Hör- und Sinnesreize erreichen die bewusste Wahrnehmungsebene kaum noch und können so ihre heilsame Wirkung nicht mehr entfalten. Die Erwartungshaltungen an das Hören sind negativ geprägt. Im Mittelpunkt des Denken und Wahrnehmens steht der Tinnitus, stehen Störgeräusche der Umgebung. Das hat Auswirkungen auf das Hörverhalten, häufig bestimmt durch Flucht, Kampf oder Resignation.

9.2.2. Hörverhalten

Das Hörverhalten wird durch das Hörbewusstsein gesteuert und bezeichnet die **Art und Weise des Hörens**.

Welchen Höreindrücken wendet sich ein Mensch unter welchen **Bedingungen**, in welchem **Umfang** und auf welche Weise zu? Durch Tinnitus und/oder Hyperakusis betroffene Menschen wählen hier unterschiedliche Wege. Geräuschempfindliche Patienten reagieren nicht selten mit einem ausgeprägten Hörrückzug. Als zu laut empfundene Alltagssituationen werden zunehmend gemieden. Man versucht die überreizten Ohren zu schützen, in dem man beispielsweise Gehörschutz trägt oder gewisse Alltagssituationen nicht mehr aufsucht. Die Empfindlichkeit wird dadurch meist verstärkt.

„In der Folge meiden Betroffene zunehmend mehr – und vor allem auch immer leisere Geräusche. Es kann dazu kommen, dass selbst wichtige soziale Aktivitäten und die Kommunikation mit anderen Menschen eingeschränkt werden. Ohne es zu wollen, führt die (ängstliche) Vermeidung zur Verstärkung der Geräuschempfindlichkeit...und diese führt wieder dazu, dass zunehmend Geräusche vermieden werden. Ein

Teufelskreislauf beginnt und vergrößert das Problem.“ (Schaaf und Nelting 2003)

Tinnituspatienten wählen häufig den gegensätzlichen Weg. Rauschgeneratoren oder ein ständig laufendes Radio werden zur Maskierung des Tinnitus missbraucht. Mitunter geschieht es sogar, dass Patienten mit einer Hyperakusis versuchen, Hörreize der Umgebung zu überdecken, um sich ein vertrautes, möglichst störungsfreies Hörumfeld zu schaffen. Die Gefahr besteht jedoch, dass durch die Dauerberieselung die Hörwahrnehmung ganz allgemein abstumpft und Feinheiten im Hören und Wahrnehmen verloren gehen.

„Wer sich ständig mit Musik und Geräuschen umgibt, verlernt es irgendwann, das Gras wachsen zu hören. Er stumpft dermassen ab, dass er die Feinheiten, aus denen Musik besteht, nicht mehr wahrnehmen kann. Das führt auch dazu, dass z.B. klassische Musik vielfach als äusserst langweilig empfunden wird, weil dort angeblich nichts passiert.“ (Cramer 2002)

Cramer macht zudem auf einen weiteren Aspekt der Dauerbeschallung aufmerksam:

„Eine weitere Folge der permanenten Geräuschkulisse ist es, dass die Ohren in der Stille nachbrummen. Das überreizte Hörorgan muss sich an die Stille erst gewöhnen.“

Patienten, die sich ständig mit Geräuschen und Musik umgeben, fällt es zu Beginn besonders schwer, eine Situation ohne Hintergrundbeschallung zu ertragen, da sie hier auch ihr Ohrgeräusch als besonders störend erleben.

Fallbeispiel: Frau W., 56 Jahre

Frau W. antwortet auf die Frage nach ihrem täglichen Hörkonsum: „non stop“. Das Radio laufe Tag und Nacht. Sie möge vor allem ruhige Unterhaltungsmusik. Die mittlere bis tiefe Stimmlage der Sprecher im Radio helfe ihr zudem in den Schlaf zu finden, der besonders am Morgen durch Vogelgesang gestört werde. Vor ihrem Schlafzimmerfenster sei ein grosser Baum voller Vögel, deren Gesang sie nicht möge. Das Radio helfe ihr

sowohl von ihrem „Sendeton“ im Ohr, als auch von unangenehmen, äusseren Hörreizen Abstand zu gewinnen. Bei einer ersten, kurzen Übung zur Körper- und Hörwahrnehmung wirkt Frau W. sehr angespannt. Es fällt ihr schwer, ihre Tast- und Höreindrücke zu beschreiben. Sie habe ihre Füsse, Beine und Hände gar nicht richtig spüren können. Die mit der Übung verbundenen Geräusche zu differenzieren gelingt ihr nur mit Mühe. Immer wieder fasst sich die Patientin an die Ohren. Sie höre vor allem den Tinnitus.

„Der Rat vieler HNO-Ärzte, sich mit einer Geräuschkulisse und mit Musik zu umgeben, um das Ohrgeräusch zu verdrängen, sollte vielleicht neu überdacht werden. Dem Patienten muss klar gemacht werden, dass auch unbewusstes Hören einen Sinnesreiz darstellt, der verarbeitet werden muss. Jede Form des Hörens führt zu Reaktionen: Wenn wir sie bewusst nicht wahrnehmen, dann unbewusst.“ (Cramer 2002)

Jedes Zuviel von etwas muss der Körper mit erhöhtem Kraftaufwand verarbeiten. So wird Musik, die gut dosiert, die Sinne anregt, den Menschen beschwingt, oder ihn gegenteilig Ruhe finden lässt, bei einer Überdosierung dem Hörer Energie entziehen, indem sie ihn überreizt oder müde und unkonzentriert werden lässt.

Tomatis bemerkt zur Wirkung von Musik (Tomatis 1997):

„Unleugbar übt die Musik intensive Wirkung auf den Menschen aus. Die Schwierigkeit dabei ist die richtige Dosierung und mehr noch der richtige Einsatz, d. h. zu wissen, welche Musik in welchem Fall am wirkungsvollsten ist.“ Ausserdem: „...üben die durch akustische Schwingungen erzeugten Stimulationen ihre Wirkung aus, die entweder wohltuend und belebend oder verwirrend, lähmend und zerstörerisch sein kann.“

Hinzu kommt, dass ein verdrängtes Ohrgeräusch möglicherweise bei erster Gelegenheit umso intensiver wieder hervorbricht und den direkten Weg in die Wahrnehmung findet. Die Flucht erfordert Kraft und wird zugleich von der Sorge begleitet, dem Tinnitus am Ende doch wieder ungewollt zu begegnen und ausgeliefert zu sein.

Musikhören kann so kaum mehr Freude bereiten und wird auf ein Mittel zum Zweck reduziert. Hören allgemein wird zur Last, wird zu einer Quelle von Unbehagen und Leid, die den Betroffenen Energie entzieht.

Mitunter gipfelt dieser Dauerstress in die resignierte Äusserung: „Ach wenn ich doch gar nichts mehr hören würde!“

9.3. Ziele der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis

Die Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis verfolgt als grundlegendes Ziel den **Rückgewinn von Hörgenuss und Lebensfreude**.

Über positive Hörerlebnisse soll eine neue Achtsamkeit im Hören gefördert und dadurch zugleich das Hörverhalten der Betroffenen nachhaltig beeinflusst werden. Ziel ist eine Veränderung der Wahrnehmung auf der Basis von **Hörfahrungen** und damit verbundenen **Denk- und Handlungsweisen**, die das Hören und daraus resultierend auch das Gesamtbefinden der Menschen, positiv beeinflussen und es ermöglichen, statt Störgeräuschen angenehme Sinnesreize in den Mittelpunkt des Wahrnehmens und Erlebens zu rücken.

Tomatis bemerkte (Tomatis 1997): „*Man reagiert auf unterschiedliche Klanganregungen mit einer veränderten Wahrnehmung seiner Umwelt.*“

In der Musik- und Hörtherapie geht es um eine derartige **Wahrnehmungsveränderung**, um eine Sichtweise, die das Hören und damit auch das Gesamtbefinden eines Menschen positiv beeinflusst.

Wie schnell und gut dies einem Patienten gelingt, wird neben seiner psychisch-körperlichen Verfassung, durch seine Erfahrungen, seine Hörsozialisation und somit durch sein Hörverhalten und Hörbewusstsein beeinflusst. Hesse unterscheidet hier verschiedene Hörtypen (Hesse 2008):

„*Bei den Menschen, die ein normales Gehör haben, sind – grob eingeteilt – 2 Typen zu unterscheiden:*

- *zum einen gibt es den mehr hörbetonten, damit meist auch kommunikativeren Menschen,*
- *andererseits gibt es den mehr in sich gekehrten, von sich aus ruhigeren Menschen.“*

Hesse vermutet, dass eine normale Habituation bei Menschen, die primär auf das Hören ausgerichtet sind, möglicherweise eher stattfindet, als beim primär Ruhe suchenden Patienten. Ein Patient, der mit der Suche nach Ruhe, ein möglichst geräuscharmes, mitunter sogar von Geräuschen freies Umfeld verbindet, wird - gerade in der heutigen Zeit immer neuer Formen kollektiver Zwangsbeschallung - leicht enttäuscht.

Hier wird als ein erster Schritt zu hinterfragen sein, welche Vorstellungen, Gefühle und körperlichen Empfindungen für den Einzelnen mit dem Zustand „Ruhe“ verbunden sind. Ob das Empfinden von Ruhe möglicherweise nicht primär durch das Nichtvorhandensein von Hörreizen bedingt sein könnte und sich aus diesen Überlegungen neue Ansätze für andere Erfahrungen von Ruhe entwickeln lassen, die – scheinbar paradox – mit Formen aktiven Hörens und Wahrnehmens erreichbar wären und immer entscheidend durch die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten beeinflusst werden. So kann es vorkommen, dass Patienten in der Reflektion verschiedener Hör- und Wahrnehmungsübungen berichten, dass sie sich ruhiger, wohler oder gelöster fühlen, obwohl die an sie gestellten Aufgaben ganz bewusster und aktiver Zuwendung bedurften.

„Hörbetonte“ Menschen verfügen meist über einen grossen Schatz an Hörerfahrungen, den sie durch Tinnitus und/oder Hyperakusis beeinträchtigt oder sogar auf Dauer verloren glauben.

Ihr grundlegendes Interesse am Hören und Wahrnehmen wird zu einer wichtigen Grundlage für das therapeutische Vorgehen, welches auf den folgenden Zielsetzungen basiert.

Gefördert werden sollen:

- **Achtsamkeit** – sowohl auditiv, als auch multisensorisch mit Fokus auf angenehme Hör- und Sinnesreize
- **Hörverhalten** – welche Hörweisen sind hilfreich, welche nicht
- **Hörbewusstsein** – welche Vorstellungen und Bilder sind hilfreich, welche verstärken die Wahrnehmung störender Hörreize
- Erkenntnis eigener **Kompetenzen und Ressourcen** im Umgang mit dem Hören

- **subjektives Hörvermögen** – welche Möglichkeiten sind vorhanden, lassen sich wie nutzen
- **Neugier** und **Freude am Hören und Wahrnehmen** allgemein – damit verbunden, **Lebensfreude und Energie**
- **Umkehr eines vorhandenen Hörrückzuges**
- **Akzeptanz des Tinnitus**
- **Entspannungsvermögen**, auch zur Behandlung von Schlafstörungen.

Es geht darum, Höreindrücke und ihre positive Wirkung neu zu erfahren, zu erinnern und - statt Resignation und Abstumpfung - Freude am Hören mit Tinnitus zu vermitteln. Der Patient soll selbst erfahren, dass durch die Hinwendung zu diesen gesuchten, selbst bestimmten Höreindrücken eine Abkehr von Ohr- und anderen Störgeräuschen möglich ist und diese in Verbindung mit einer geänderter Sichtweise, durch eine Neubewertung wiederum an Bedrohlichkeit verlieren können.

Hören soll als eine Quelle von Wohlbefinden erlebbar werden, die dem Menschen nicht nur Sinnesenergie, sondern auch Seelenenergie liefert und gerade auch Patienten mit einer Hyperakusis helfen kann, das häufig vorhandene Vermeidungsverhalten in Form eines Hörrückzuges umzukehren, indem der Betroffene sein persönliches „Hörrepertoire“ wieder erweitert, neugierig wird auf all die nährenden Klänge des Lebens.

9.4. Bestandteile der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis

Die Therapie setzt sich im Wesentlichen aus fünf Bereichen zusammen, die sich gegenseitig durchdringen.

- Das hörtherapeutische Gespräch
- Hör- und Wahrnehmungsübungen
- Das tägliche Musikhörtraining
- Das Klanggestalten
- Entspannung

Prinzipiell bedürfen alle oben aufgeführten, therapeutischen Bausteine des menschlichen Wahrnehmens in seiner ganzen Vielfalt. Je bewusster es ist, desto intensiver werden Erleben und die damit verbundenen Erfahrungen sein können. So bedarf allein schon das Gespräch zwischen Patient und Therapeut der offenen Ohren, des bewussten Hin-Hörens auf beiden Seiten, aber auch der offenen Augen und des Gespürs für die Situation.

Stimmklang, Sprachrhythmus, aber auch Körperhaltung, Gestik und Mimik des Gegenüber, natürlich auch der Inhalt des gesprochenen Wortes vermitteln Informationen, die über die verschiedenen menschlichen Sinne aufgenommen werden können und bereits in sich ein Übungsfeld für Hören und Wahrnehmen darstellen. Sie sauber zu trennen, fällt darum schwer.

Eine Hörübung mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik wird immer auch eine Wahrnehmungsübung sein. Aktives Klanggestalten, zum Beispiel in Form des Instrumentenbaus kann neben Hör-, Tast und Sehsinn auch den Geruchssinn aktivieren, wenn der Patient z. B. ein frisches Stück Holz bearbeitet, dessen Duft ihm in die Nase steigt. Ist das was er tut mit Genuss verbunden, kann es auch entspannend wirken.

Das bewusste Musikhören kann je nach Herangehensweise zugleich Hör-, Wahrnehmungs – und Entspannungsübung sein und letztendlich gestaltet der Hörer in sich auch Klang durch die Art und Weise, wie er die Musik hört. Gibt er sich ganz der Stimmung hin, die sie in ihm erzeugt? Horcht er gezielt auf einzelne Motive oder Stimmen, oder achtet er auf sein Körperempfinden, innere Bilder, die in Verbindung mit den Klängen auftauchen? George Balan, Begründer der *Internationalen Musicosophia* bemerkt zur Rolle des Musikhörers (Balan 1986):

„Der Komponist schreibt seine musikalischen Gedanken in einer Partitur nieder. Der Interpret spielt Klavier, Geige, Orgel, verwendet seine Stimme usw., oder hat als Dirigent ein Orchester zur Verfügung...Als dritter Schöpfer neben Komponist und Interpret muss der Hörer tatsächlich der gehörten Musik in seinem Inneren zu einem neuen Leben verhelfen.“

Also auch der Hörer ist an der Entstehung von Musik in seinem Inneren aktiv beteiligt. Je bewusster und konzentrierter er dies tut, umso mehr kann die Musik sich ihm offenbaren, zu ihm sprechen.

Trotz der Unterteilung in verschiedene Bereiche, setzen die verschiedenen Bausteine der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis gewisse Schwerpunkte, die im Folgenden näher beschrieben werden sollen.

9.4.1. Das hörtherapeutische Gespräch

Das hörtherapeutische Gespräch dient in erster Linie der Vermittlung von Informationen für und an den Patienten (Sigron Krausse 2009). Hierbei geht es neben Tinnitus und Hyperakusis, ihren Wirkungsweisen und Begleiterscheinungen auch um den Abbau von Angst und Unsicherheit. So sind nicht nur die Beschwerden, sondern auch die Hörvorlieben, das Hörverhalten und das Hörvermögen, sowie damit verbundene Erwartungen und Ziele des Patienten wichtige Themen. Viele der schwer bis sehr schwer von Tinnitus und/oder Hyperakusis Betroffenen sind vom Kompetenz- in den Überlebensmodus geraten und ziehen sich zunächst mit den Ohren, später auch mit anderen Sinnen zunehmend aus dem sozialen Leben zurück. Die im Gespräch vermittelten theoretischen Grundlagen sollen im Verlauf der Therapie immer wieder durch Hör- und Wahrnehmungsübungen vertieft werden und einer Neusensibilisierung möglichst aller Sinne sowie einer schrittweise stattfindenden, genussvollen Rückführung in das alltägliche Lebensumfeld dienen. Gewonnene Erfahrungen und ihre Bedeutung für den Patienten werden im Gespräch gemeinsam reflektiert. Um welche Erfahrungen handelt es sich? Wie beschreibt der Patient das damit verbundene, persönliche Erleben? Welche Erfahrungen könnten in welcher Form für den Patienten hilfreich sein? Welche damit verbundenen Denk- und Verhaltensweisen sind nützlich, welche gilt es zu verändern? Mit diesen Fragestellungen bewegt sich ein vordergründig auf Hörstrategien ausgerichtetes Gespräch im Sinne musikmedizinisch-hörtherapeutischer Intervention zugleich auch immer an einer Schnittstelle zwischen Medizin und Psychotherapie, da es das

persönliche, emotionale Erleben des Patienten in die Betrachtung grundlegend einbezieht und nicht zuletzt auch die Beziehung zwischen Patient und Therapeut auf das Geschehen direkten Einfluss nimmt. Tinnitus ist ähnlich dem Schmerz ein Symptom. Ob daraus für den Einzelnen Leid erwächst, wird durch die individuelle Art seines gedanklichen und - daraus folgend – emotionalen Herangehens bestimmt.

„Wie der Tinnitus tatsächlich gehört und vor allem empfunden wird, ist aber von einer Vielzahl anderer Faktoren abhängig. Die Betroffenheit und das Leiden am Tinnitus können kaum vorhanden oder sehr stark ausgeprägt sein – entscheidend für die wie auch immer ausgeprägte Wahrnehmung der Ohrgeräusche ist nicht ihr Entstehungsort, sondern die neuronale Übertragung bzw. die weitere Reizverarbeitung und vor allem die Beurteilung des ankommenden Signals.“ (Jastreboff 1996)

Wie denkt der Patient über das, was er hört? Verharrt er bei der Frage des „Warum?“ oder gelingt es ihm, sich dem „Wie?“ zuzuwenden? Der gedankliche Ansatz ist grundlegend dafür, in wieweit Hörstrategien für den Patienten wirklich vermittel- und anwendbar sein werden. In der Auseinandersetzung mit dem persönlichen Erleben des Patienten - auch und gerade in der Begegnung mit dem Therapeuten als Gegenüber - wirkt die Verbindung aus Musik- und Hörtherapie nicht nur hörstrategisch, sondern ebenso psychotherapeutisch.

9.4.1.1. Das hörtherapeutische Erstgespräch – Höranamnese

Die erste Begegnung mit dem Patienten erfolgt von seltenen Ausnahmen, in denen die verbale Kommunikation sehr erschwert scheint, im Gespräch. Was führt den Menschen in die Klinik, was führt ihn zum Therapeuten in die Musik- und Hörtherapie? So geht es zunächst darum, sein Befinden, seine aktuelle Situation und die damit häufig verbundene Not zu erfahren und mit ihm über seine aktuelle Lebenssituation ins Gespräch zu kommen.

Empathische Anteilnahme, für den Patienten „Da-sein“, Zeit für ihn und seine Anliegen haben, ihm Zuhören, stehen im Mittelpunkt. Der Patient soll ankommen können, sich willkommen und ernst genommen fühlen und

Über das erste gegenseitige Kennenlernen soll eine erste Basis für die folgende therapeutische Arbeit geschaffen, Vertrauen aufgebaut werden. Es geht um den Rahmen, den Therapeut und Patient gemeinsam gestalten, in welchem sich der Patient sicher, getragen und geschützt fühlen kann und den Therapeuten wenn nötig als Stütze und Sicherung erlebt.

„Im Mittelpunkt der ersten Musiktherapiestunden steht, wie in jeder psychotherapeutischen Behandlung, das Arbeitsbündnis.“ (Wolf 2002)

Was erhofft, was wünscht sich der Patient? Hat er überhaupt Hoffnung, oder sieht er den Klinikaufenthalt als eine weitere Station endloser, enttäuschender Therapieversuche?

Besitzt er bereits eine Vorstellung von möglichen Wegen, diese Hoffnungen und Erwartungen zu erfüllen? Welchen Beitrag erhofft er sich hierzu vom Therapeuten, welchen Teil ist er selbst bereit zu leisten? Über welche Erfahrungen im Leben mit Tinnitus/ Hyperakusis verfügt er bereits? Befinden sich darunter vielleicht erste, eigene Lösungsansätze und Hilfen? Ist er sich ihrer bewusst? Grundlage für das hörtherapeutische Erstgespräch ist eine erste, ausführliche Höranamnese.

Der Einstieg in das Gespräch erfolgt - wenn möglich - nicht über Beschwerden und empfundene Defizite des Patienten, sondern Ressourcen orientiert über seine Hörvorlieben und Hörgewohnheiten.

In aller Regel haben die Patienten im Rahmen einer stationären Aufnahme in die Klinik ihre Leidensgeschichte bereits mehrfach und ausführlich geschildert und sich dadurch in die Betrachtung ihrer Beschwerden wiederholt vertieft.

Sie auch in der Musik- und Hörtherapie initial hierzu zu befragen, käme einer erneuten Aufforderung gleich, all das unangenehm Erfahrene nochmals, in immer gleicher Haltung zu wiederholen.

Die Frage nach persönlichen Hörvorlieben fordert den Patienten dazu auf, sich Hörerlebnissen zuzuwenden, die er bisher nicht mit Leid, sondern gegenteilig, sogar mit Freude verbunden hat. Positive Hörerfahrungen stehen für den Moment im Zentrum der Betrachtung und ermöglichen – zunächst kurzzeitig – eine veränderte, weniger leiddominierte Blickrichtung

auf die Fähigkeit Hören insgesamt. Für die weitere Auseinandersetzung mit dem eigenen Hörerleben ist dieser neue, gedankliche Aspekt sehr wichtig, da er die Vielfalt und Bedeutung menschlichen Hörens erahnen lässt, die sich nicht auf das Verstehen von Sprache beschränkt. Hören ist ein kostbares Gut, eine Verbindung zum Leben und kann – je nach Sichtweise - zu einer Quelle von Lebensfreude oder auch Leid werden. Zu fragen ist also, welche Bedeutung hatte und hat das Hören für den Einzelnen?

Patienten reagieren auf die Fragestellung nach ihren Hörvorlieben unterschiedlich. Ihre Reaktionen reichen von Erstaunen über Ablehnung bis hin zu Einverständnis. Gelingt ihnen die gefühlsmässige Anbindung an positive Hörerlebnisse, ist häufig eine entsprechende Veränderung in Gestik, Mimik und Körperhaltung beobachtbar, die sich beispielsweise in einem Lächeln oder einer gelösteren Körperhaltung der Patienten zeigt.

Menschliches Hören ist eng mit der Gefühlsebene verbunden. Bereits durch die bloße Erinnerung werden mit einer Hörsituation verbundene Gefühle und Stimmungen im Hier und Heute abruf- und erlebbar.

„Für psychotherapeutische Behandlungen wichtiger ist die Erkenntnis aus der Neurophysiologie, dass aufgrund unserer Wahrnehmungsstruktur das Hören vergleichsweise stärker auf unseren „emotionalen Haushalt“ einwirkt als das Sehen....Einer der Gründe hierin liegt in der direkten Verbindung der Hörkanäle unseres Ohrs über den Thalamus zum limbischen System, dem „Gefühlszentrum“ unseres Gehirns...Gleich welcher Qualität unsere Emotionen sind, ob wir ersehnen oder befürchten, sie werden am unmittelbarsten über unser Ohr ausgelöst.“ (Decker-Voigt 2000)

Die Qualität der Emotionen wird hierbei entscheidend durch die Art der Wahrnehmung und die damit verknüpfte geistige Haltung bestimmt. Dieser Umstand kann im Kontext eines Ohrgeräusches und einer Geräuschüberempfindlichkeit zu leidvollen Erfahrungen führen.

Im Kontext angenehm erlebter Hörreize kann diese enge Verbindung von Hörkortex und limbischem System zu einer Quelle Kraft spendender Erlebnisse und Erfahrungen werden, die in der Gegenwart therapeutisch nutzbar sind und zugleich als Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für neue,

positiv besetzte Hörerfahrungen mit Tinnitus und Umgebungsgeräuschen fungieren können.

Natürlich spielt das aktuelle Hör- und Tinnituserleben in diese Betrachtungen hinein, indem der Patient schildert, was das Auftreten eines Ohrgeräusches und/oder einer Geräuschüberempfindlichkeit am Hörempfinden und Hörverhalten verändert hat und wie er selbst diese Veränderungen wahrnimmt und empfindet. Dabei muss nicht jede von ihm geschilderte Veränderung negativ sein.

Nicht jedem Patienten gelingt es, sich auf diesen nach Ressourcen Ausschau haltenden Beginn einzulassen. Manchem ist es wichtig, zuerst seine Beschwerden und damit verbundenes Leid zum Ausdruck zu bringen, bevor er sich Neuem zuwenden kann. Erfahrungsgemäss fällt es diesen Patienten leichter, über die ganz praktische Auseinandersetzung mit dem Hören, nach und nach eigene Vorlieben zu erinnern, beziehungsweise neu zu entdecken.

Anderen Patienten fällt es wiederum schwer, über Hörvorlieben und Hörverhalten momentan überhaupt eine Aussage zu treffen. Hier können bereits länger zurückliegende Hörerfahrungen einen Zugang ermöglichen, wie das folgende Fallbeispiel verdeutlichen möchte:

Frau C., 40 Jahre, Pflegefachfrau und Geschäftsführerin

Frau C. wirkt gestresst. Sie antwortet in hohem Tempo, ohne Innehalten oder Nachspüren. Befragt auf ihr aktuelles Hörverhalten und bestehende Hörvorlieben antwortet sie: „Ich höre zurzeit nichts. Ich sehne mich danach, nichts zu hören.“ Im Moment könne sie nicht sagen, welche Instrumentenklänge ihr angenehm sind, welche nicht. Musikhören, sei das nicht Zeitverschwendung? Erst durch Fragen zur eigenen Musizierpraxis in ihrer Jugendzeit geschieht es, dass Frau C. innehält. Sie muss nachdenken - „Wie war das damals?“ Hierbei wirkt sie ruhiger, wird langsamer, antwortet nicht mehr sofort. Mimik und Gestik verändern sich. Ihr Blick geht in eine Art gedankliche Versenkung. Frau C. erzählt, dass sie Flöte und Gitarre gespielt und auch gern zu Musik gesungen und getanzt habe. Die Musik selbst sei ihr

ein Gegenüber gewesen, verbunden mit Geselligkeit und Freude. Hier bemerkt Frau C., dass sie sich in den letzten Jahren fast ausschliesslich ihrem beruflichen Vorankommen gewidmet habe. Auch ihre Freizeit sei inzwischen damit ausgefüllt. Eigentlich vermisse sie die Unbeschwertheit von damals, das Singen, Tanzen und Musizieren.

Natürlich wird im therapeutischen Gespräch auch die aktuelle Situation des Patienten thematisiert und es ist wichtig, dass dieser sein derzeitiges Hörerleben, seine damit verbundenen Sorgen und Beschwerden mit eigenen Worten beschreiben kann. Doch die Reihenfolge ist - wenn möglich - eine andere. Ein erster gedanklicher Impuls ist gesetzt, der mitunter bereits die sich anschliessende Schilderung der Beschwerden beeinflusst. Selbst Patienten, die von sich sagen, dass Hören für sie zurzeit nur Leidvolles beinhaltet, können zum Teil über die zunächst rein gedankliche Beschäftigung mit positiven Hörerlebnissen der Vergangenheit, an eigene Erfahrungen und die damit verbundenen Erinnerungen und Gefühle anknüpfen. Die Sicht auf das Hören bleibt nicht mehr allein auf Unangenehmes beschränkt. Könnte es einen Weg geben, auch mit Ohrgeräusch wieder lustvoll zu hören, sich trotz einer heute bestehenden Geräuschüberempfindlichkeit den Geräuschen und Klängen des Lebens schrittweise anzunähern? Welche Hörvorlieben benennen Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis?

9.4.1.2. Patientenbefragung zu Hörvorlieben bei Geräuschen und Klängen

An erster Stelle stehen Wassergeräusche, die in ihrer Vielfalt zugleich verschiedene Höranregungen bieten und dennoch auf einen Grossteil der Patienten beruhigend wirken. Häufig sind sie zudem mit angenehmen Bildern und Erinnerungen verbunden wie beispielsweise ein Urlaub am Meer, ein Waldspaziergang entlang eines Baches oder das Tropfen des Regens auf Autodach oder Schirm. Zudem ist Wasser eine wichtige Lebensgrundlage, gedanklich meist mit Reinheit und Frische verknüpft. Doch auch andere Naturgeräusche wie das Rascheln der Blätter im Wind

oder Vogelgesang werden von Patienten mehrheitlich angenehm empfunden.

Die Vorliebe für Rauschgeräusche erklären die Patienten vor allem mit der maskierenden Wirkung. Endlich sei der Tinnitus für eine Weile nicht zu hören (Tab. 2).

Tab. 2: Welche Geräusche und Klänge ihrer Umgebung hören Sie gern? (n=33)	
(Mehrfachnennungen möglich)	
78,78 % (26 Patienten)	- Meeresrauschen
78,78 % (26 Patienten)	- Bach
72,72 % (24 Patienten)	- Regen
72,72 % (24 Patienten)	- Blätterrascheln
60,60 % (20 Patienten)	- Vogelgesang
54,54 % (18 Patienten)	- Sanfter Wind
24,24 % (8 Patienten)	- eigene Schritte auf wechselndem Untergrund
18,18 % (6 Patienten)	- Naturgeräusche aller Art
12,12 % (4 Patienten)	- Ästeknacken
12,12 % (4 Patienten)	- Knistern eines Feuers
12,12 % (4 Patienten)	- Grillengesang
9,09 % (3 Patienten)	- Rauschgeräusche (wie Haarfön, Dusche, Dampfabzug)
6,06 % (2 Patienten)	- Kuhglocken
3,03 % (1 Patient)	- Aquarium
3,03 % (1 Patient)	- Zimmerbrunnen
3,03 % (1 Patient)	- Schnurren meiner Katze
3,03 % (1 Patient)	- Froschteich
3,03 % (1 Patient)	- Stille
3,03 % (1 Patient)	- alles unangenehm
3,03 % (1 Patient)	- weiss nicht was mir gut tut

9.4.1.3. Patientenbefragung zu musikalischen Vorlieben

Die von 32 Patienten benannten musikalischen Vorlieben sind vielfältig. Nur eine Patientin bezeichnet Musikhören als Zeitverschwendung. Dabei reicht die Bandbreite der Aussagen von verschiedenen Stilrichtungen über bestimmte Musikstücke, Komponisten und Interpreten bis zu gewünschten Eigenschaften in Form, Funktion, Charakter und Instrumentierung der Musik.

Zu nicht immer eindeutigen Aussagen der Patienten kommt die heutige Variationsdichte an unterschiedlichsten Musikrichtungen, die zunehmend auch Mischformen bilden, indem sie Elemente der einen oder anderen Richtung aufgreifen und miteinander verbinden. Längst scheint die grobe Einteilung in die Bereiche Klassik, Unterhaltung und Entspannung nicht mehr ausreichend und dürfte auch schon zu früherer Zeit Fragen aufgeworfen haben. Was ist beispielsweise konkret unter klassischer Musik zu verstehen? Umfasst sie die Abendländische Musikkultur mit Meistern wie Bach, Mozart, Haydn und Beethoven, um nur einige zu nennen? Ist sie allein eine „ernst zu nehmende“ Musik, wie die mitunter gebräuchliche Bezeichnung „E-Musik“ nahe legen könnte?

Klassische Musik kann ebenso unterhaltend sein wie gut gemachte Unterhaltungsmusik auf ihre Art als klassisch bezeichnet werden könnte. Es fällt darum zunehmend schwerer, Musik eindeutig zuzuordnen. Je nach Charakter der Musik finden sich in beinahe jeder Stilrichtung Musikstücke, die unterhalten, entspannen und zugleich auch qualitativ ernst zu nehmen sind. Hinzu kommt, dass jeder Hörer Musik auf seine ganze persönliche Art und Weise hört und verarbeitet, wobei auch die Umstände unter denen die Musik gehört wird Einfluss auf deren Wirkung nehmen. Im Sinne der Übersichtlichkeit wurde im Folgenden dennoch auf oben diskutierte Grobeinteilung zurückgegriffen (Tab. 3), ergänzt durch differenzierende Patientenaussagen in den einzelnen Bereichen (Tab. 4, 5, 6).

Tab. 3: Welche Art Musik hören Sie gern? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
81,81 % (27 Patienten)	- Unterhaltungsmusik
69,69 % (23 Patienten)	- Klassik
39,39 % (13 Patienten)	- Entspannungsmusik

Aufgrund der gewählten Form der Zuordnung wird mit gut 81% die Unterhaltungsmusik am häufigsten angegeben (Tab. 3). Untenstehende Übersicht zeigt jedoch, wie umfangreich die hierunter erfassten Stilrichtungen sind (Tab. 4). Andere Untersuchungen führen Rock-, Welt- und

Volksmusik gesondert auf, so dass dort die klassische Musik den grössten Anteil der benannten Lieblingsmusiken beansprucht (Cramer 2002).

Tab. 4: Differenzierung der Angaben zur Unterhaltungsmusik (n=33) (Mehrfachnennungen möglich)	
42,42 % (14 Patienten)	- Pop (Smokie)
33,33 % (11 Patienten)	- Rock (Beatles)
9,09 % (3 Patienten)	- Volksmusik (Appenzeller Streichmusik, Ländler, Klezmer)
9,09 % (3 Patienten)	- Musik, die an schöne Erlebnisse (Jugendzeit) erinnert
6,06 % (2 Patienten)	- Hip-Hop
6,06 % (2 Patienten)	- Jazz (E. Cassidy)
6,06 % (2 Patienten)	- Musik mit Naturgeräuschen vermischt
6,06 % (2 Patienten)	- Schlager
6,06 % (2 Patienten)	- Oldies im Radio
3,03 % (1 Patient)	- Filmmusik
3,03 % (1 Patient)	- Funk
3,03 % (1 Patient)	- Blues
3,03 % (1 Patient)	- Soul
3,03 % (1 Patient)	- Gospel
3,03 % (1 Patient)	- Heavy Metal
3,03 % (1 Patient)	- Weltmusik (lateinamerikanisch)
3,03 % (1 Patient)	- Lieder (R. Mey)
3,03 % (1 Patient)	- New Age (A. Vollenweider)

Mit 69,69 % folgt die klassische Musik dem weit gefassten Gebiet der Unterhaltung. Interessant ist, dass Mozart mit 12,12 % am häufigsten erwähnt wird (Tab. 5).

Auch die Entspannungsmusik ist bei 39,39 % der Patienten sehr beliebt, wobei besonders eine Mischung aus Musik (häufig synthetisch) und Naturklängen bevorzugt wird (Tab. 6).

Tab. 5: Differenzierung der Angaben zur klassischen Musik (n=33)	
(Mehrfachnennungen möglich)	
12,12 % (4 Patienten)	- W. A. Mozart
6,06 % (2 Patienten)	- L. v. Beethoven, J. S. Bach, M. Ravel, J. Strauss, G. F. Händel
6,06 % (2 Patienten)	- Musik mit klass. Elementen
3,03 % (1 Patient)	- J. Pachelbel
3,03 % (1 Patient)	- Schubert`s Unvollendete
3,03 % (1 Patient)	- klass. Unterhaltungsmusik mit A. Rieu
3,03 % (1 Patient)	- Filmmusik
3,03 % (1 Patient)	- leichte, beschwingte Musik mit Blasinstrumenten vermischt
3,03 % (1 Patient)	- klassische Gitarrenmusik

Tab. 6: Differenzierung der Angaben zur Entspannungsmusik (n=33)	
(Mehrfachnennungen möglich)	
12,12 % (4 Patienten)	- Musik mit Naturklängen vermischt
9,09 % (3 Patienten)	- Weltmusik (keltisch, arabisch-orientalisch)
3,03 % (1 Patient)	- New Age
3,03 % (1 Patient)	- Meditationsmusik
3,03 % (1 Patient)	- Klaviermusik von George Winston
3,03 % (1 Patient)	- Musik gleicher Tonlage
3,03 % (1 Patient)	- ruhige Musik
3,03 % (1 Patient)	- melodiöse Musik
3,03 % (1 Patient)	- sanfte Klänge (Männerstimme)
3,03 % (1 Patient)	- Dream Dance
3,03 % (1 Patient)	- Enia (leise, mystische Klänge)

Zum Teil äussern Patienten bereits in der Befragung zur ihrer Lieblingsmusik vereinzelt Vorlieben für bestimmte Instrumentenklänge. Bis auf 3 Patienten, die sich bezüglich ihrer instrumentalen Vorlieben unsicher waren, konnten die restlichen 30 Patienten zum Teil sehr genaue Angaben darüber machen, was sie gern hören und was sie meiden. Mit gut 57 % am häufigsten benannt wurden Blasinstrumente, wobei Panflöte und Saxophon das Feld anführen. Absoluter Favorit ist dennoch das Klavier, angegeben von 14 Patienten. Wiederholt werden von den Patienten ergänzende,

allgemeine Aussagen zur Klangqualität getroffen, die nicht unbedingt instrumentenspezifisch sind. So werden vor allem laute, schrille und hohe Klänge als unangenehm beschrieben. 2 Patienten weisen darauf hin, dass die Kombination verschiedener Instrumente entscheidend dafür sei, ob sie das Gehörte mögen oder ablehnen. Mehrfach wird die Violine als Soloinstrument unangenehm empfunden, im Gesamtklang des Orchesters hingegen gemocht. Auch die Hörsituation und die Art der Musik scheinen Einfluss darauf zu nehmen, wie Instrumente gehört und empfunden werden (Tab. 7).

Tab. 7: Welche Instrumentenklänge bevorzugen Sie? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
57,57 % (19 Patienten)	Blasinstrumente
davon: 6 Patienten 4 Patienten 3 Patienten 2 Patienten 1 Patient	- Panflöte - Saxophon - Querflöte - Blockflöte - Trompete - Klarinette - Oboe - Alphorn
48,48 % (16 Patienten)	Tasteninstrumente
davon: 14 Patienten 3 Patienten 2 Patienten	- Klavier - Orgel - Handorgel (Schwyzer Örgeli)
42,42 % (14 Patienten)	Saiteninstrumente
davon: 8 Patienten 7 Patienten 5 Patienten	- Gitarre - Harfe - E-Gitarre
24,24 % (8 Patienten)	Streichinstrumente
davon: 4 Patienten 3 Patienten	- Violine - Violoncello - Kontrabass
18,18 % (6 Patienten)	Schlag- und Rhythmusinstrumente
davon: 3 Patienten 2 Patienten 1 Patient	- Schlagzeug - Xylophon - Bongos
27,27 % (9 Patienten)	allgemeine Aussagen
davon: 5 Patienten 2 Patienten 1 Patient	- fast alle Instrumente - abhängig von Musik - abhängig von Kombination der Instrumente - abhängig von Situation - dumpfe, tiefe Klänge
9,09 % (3 Patienten)	keine Angaben (weiss nicht, bin im Moment unsicher)

9.4.1.4. Patientenbefragung zum Hörverhalten

Welche Besonderheiten weist das Musikhörverhalten der Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis auf?

18 Patienten und damit die Mehrzahl hören Musik sowohl bewusst als auch nebenbei. 11 Patienten geben an, Musik stets nur halbbewusst im Hintergrund aufzunehmen. 2 Patienten lehnen Hintergrundbeschallung generell ab. 2 Patienten hören zurzeit keine Musik (Tab. 8).

Tab. 8: Wie hören Sie Musik? (n=33)	
54,54 % (18 Patienten)	- sowohl bewusst, als auch nebenbei
33,33 % (11 Patienten)	- nebenbei
6,06 % (2 Patienten)	- mehrheitlich bewusst
6,06 % (2 Patienten)	- unfreiwillig am Arbeitsplatz
6,06 % (2 Patienten)	- Konzerte, Oper ganz bewusst, sonst nebenbei
6,06 % (2 Patienten)	- höre zur zeit keine Musik (1 Patient „nur in Gedanken“)

Der Art des Hörens entsprechend erfolgt die Musikauswahl (Tab. 9). Bei immerhin 16 Patienten (48,48 %) geschieht sie recht wahllos, wobei bereits das morgendliche Einschalten des Radios zu einer kaum noch bewussten Gewohnheitshandlung verkommen kann. Einige von ihnen geben an, dass Nachrichtensendungen zwischenzeitlich ihr Interesse wecken, der überwiegende Teil des Radioprogramms jedoch unbemerkt an ihnen vorbeirausche. Immerhin 26 Patienten (78,78 %) wählen Musik stimmungsabhängig aus, fühlen sich beispielsweise durch bestimmte Klänge bei ihrer Arbeit beflügelt oder nehmen mit der Musik eine Auszeit.

Tab. 9: Wie treffen Sie Ihre Musikauswahl? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
78,78 % (26 Patienten)	- stimmungsabhängig
48,48 % (16 Patienten)	- zufällig, was im Radio gerade läuft
6,06 % (2 Patienten)	- gezielt nach Interesse

Auf die Frage nach der Bedeutung, die Musik für den einzelnen haben kann, benennen 22 Patienten (66,66 %) die gute Stimmung, die sich mit ihr

erzeugen lassen. 18 Patienten (54,54 %) geben an, mit Musik zu entspannen. Wiederholt weisen Patienten auf die Verbindung von Musik und Emotionen hin, wobei die Musik sowohl Ausdruck ihrer aktuellen Gefühlslage sein kann oder versucht wird, mit ihr eine andere Grundstimmung zu erzeugen. Patienten greifen hierbei gern auf Musik zurück, die mit ganz bestimmten Erfahrungen und Erlebnissen verbunden ist (Tab. 10).

Tab. 10: Welche Bedeutung hat Musik für Sie? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
66,66 % (22 Patienten)	- Musik erzeugt gute Stimmung.
54,54 % (18 Patienten)	- Musik hilft mir zu entspannen.
27,27 % (9 Patienten)	- Ich genieße Musik ganz bewusst.
21,21 % (7 Patienten)	- Musik beeinflusst meine Stimmung, ist mit Emotionen verbunden.
15,15 % (5 Patienten)	- Musik kann Ausdruck meiner Stimmung sein.
15,15 % (5 Patienten)	- Musik vermittelt Ordnung, ich kann meine Gedanken sortieren.
12,12 % (4 Patienten)	- Musik hilft mir in den Schlaf zu finden.
9,09 % (3 Patienten)	- Ich kann mich zur Musik bewegen, tanzen.
9,09 % (3 Patienten)	- Musik gibt mir Kraft für den Alltag.
6,06 % (2 Patienten)	- Musik unterhält mich.
6,06 % (2 Patienten)	- Musik ist mir sehr wichtig.
6,06 % (2 Patienten)	- Musik hilft, Spannungen abzubauen. (1 Patient „kann mit Musik weinen“)
3,03 % (1 Patient)	- Ich schätze die mit der Musik verbundenen Glücksgefühle.
3,03 % (1 Patient)	- Ich versetze mich mit Musik in meine eigene Welt, kann träumen.
3,03 % (1 Patient)	- Musik macht mich stark und zufrieden.
3,03 % (1 Patient)	- Schnelle Musik stellt mich auf.
3,03 % (1 Patient)	- Musik berührt meine Seele positiv. Ich fühle mich leichter.
3,03 % (1 Patient)	- Musik ist es sehr Sinnliches, Erfüllendes.
3,03 % (1 Patient)	- Ohne Musik zu leben wäre seltsam.

Zur Frage, was das Auftreten von Tinnitus und/oder Hyperakusis am Umgang mit Musik verändert haben könnte, bemerken Patienten sowohl

qualitative als auch quantitative Veränderungen in ihrem Hörverhalten (Tab. 11). Immerhin 11 Patienten (33,33 %) unternehmen den Versuch, ihr Ohrgeräusch mit Hilfe der Musik zu maskieren, was nur einigen wirklich gelingt. 4 Patienten (12,12 %) versuchen sich mit Musik auch gegen Aussengeräusche abzuschirmen. Eine Patientin gibt an, dies nur in der Klinik zu tun, um die Gespräche der anderen nicht mithören zu müssen und zugleich eine Rückzugsmöglichkeit zu haben. Circa 30 % der Patienten empfinden durch Tinnitus und Hyperakusis weniger Freude an der Musik und hören sie darum seltener. Häufig handelt es sich hierbei um geschulte Hörer, deren Hörerwartungen durch die Störung des Pfeiftons im Ohr nicht mehr erfüllt werden. Zum Teil spielen auch Ängste eine Rolle, das Hören könne den nun empfindlichen, überreizten Ohren schaden.

Auch zur Ablenkung und zur Vermeidung der Stille wird Musik eingesetzt. Diese Patienten umgeben sich zumeist mit ausufernder Dauerberieselung und geben an, ruhige Situationen kaum noch zu ertragen. Nur eine Patientin berichtet, dass sie angeregt durch ihren Tinnitus regelmässig ganz bewusst und dosiert Musik höre.

Tab. 11: Was hat sich durch Tinnitus/Hyperakusis an ihrem Umgang mit Musik geändert?	
(n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
33,33 % (11 Patienten)	- Ich versuche mit Musik meinen Tinnitus zu maskieren.
30,30 % (10 Patienten)	- Ich höre weniger Musik, habe weniger Freude daran.
24,24 % (8 Patienten)	- Ich nutze die Musik zur Ablenkung.
21,21 % (7 Patienten)	- Ich achte bewusster darauf, wie laut ich höre.
12,12 % (4 Patienten)	- Ich höre Musik nur noch leise. (2 Patienten „um meine Ohren zu schützen“)
12,12 % (4 Patienten)	- Ich schirme mich mit Musik gegen Aussengeräusche ab.
12,12 % (4 Patienten)	- Ich nutze die Musik als Geräuschkulisse, um die Stille zu vermeiden.
9,09 % (3 Patienten)	- Ich höre häufiger Musik.
3,03 % (1 Patient)	- Ich lege bewusste Pausen mit Musik ein, höre bewusster.

Befragt auf ihr tägliches Musikhörpensum wirken Patienten häufig unsicher und neigen wahrscheinlich zu einer tendenziell niedrigen Einschätzung (Tab. 12). Oft bleiben im Hintergrund laufende Fernseher, Radios und CD-Spieler unberücksichtigt, die Tätigkeiten des Alltags unbewusst untermalen. Ein Beispiel ist das Autofahren, ein weiteres der Aufenthalt in öffentlichen Räumen. Es gibt wohl kaum noch ein Kaufhaus, das in der Hoffnung auf Umsatzsteigerung seine Kundschaft neben Düften nicht auch mit Klängen zu beeinflussen sucht.

Tab. 12: Wie hoch schätzen Sie Ihr tägliches Musikhörpensum ein? (n=33)	
30,30 % (10 Patienten)	- bis zu 30 min
30,30 % (10 Patienten)	- bis zu 2 h
27,27 % (9 Patienten)	- fast immer
9,09 % (3 Patienten)	- bis zu 7 h
3,03 % (1 Patient)	- bis zu 4 h

Patienten nehmen Musik in öffentlichen Räumen unterschiedlich wahr. 17 Patienten (51,52 %) geben an, die Musik immer zu bemerken. Die restlichen 16 Patienten (48,48 %) nehmen sie nur unter gewissen Voraussetzungen oder manchmal aufgrund einer Hörminderung auch gar nicht mehr wahr (Tab. 13).

Tab. 13: Wann nehmen Sie Musik in öffentlichen Räumen wahr? (n=33)	
(Mehrfachnennungen möglich)	
51,51 % (17 Patienten)	- Ich nehme die Musik immer wahr.
21,21 % (7 Patienten)	- Ich nehme die Musik wahr wenn sie mir gefällt.
18,18 % (6 Patienten)	- Ich nehme die Musik nur wahr, wenn ich bewusst darauf achte.
9,09 % (3 Patienten)	- Ich nehme die Musik nur selten wahr.
9,09 % (3 Patienten)	- Ich kann die Musik kaum hören. (Hörminderung)
3,03 % (1 Patient)	- Ich nehme die Musik nur wahr, wenn sie zu laut ist.
3,03 % (1 Patient)	- Ich nehme die Musik nur wahr, wenn sie nicht zur Situation passt.
3,03 % (1 Patient)	- Ich nehme die Musik nur wahr, wenn sie die Verständigung erschwert.

Befragt man die Patienten, ob sie sich durch Musik in öffentlichen Räumen gestört fühlen, antworten 12 Patienten (36,36 %) mit ja. 8 Patienten (24,24 %) fühlen sich hingegen nicht gestört. Interessanterweise besitzen einige Patienten die Fähigkeit nur das wahrzunehmen, was sie mögen. 7 Patienten (21,21 %) sagen, dass ihnen Musik nur dann bewusst wird, wenn sie ihnen gefällt. 3 von ihnen erwähnen, dass sie bei Gefallen auch mitsummen oder singen.

In der Gruppe, die sich durch die Musik gestört fühlt, werden unterschiedliche Verhaltensweisen berichtet. Die Reaktionen reichen mehrheitlich vom Verlassen der Lokalität über stilles Erdulden bis zur eher seltenen Bitte an das Personal, die Musik leiser zu stellen (Tab. 14).

Tab. 14: Fühlen Sie sich durch Musik in öffentlichen Räumen gestört? (n=33)	
36,36 % (12 Patienten)	- Ich fühle mich durch die Musik gestört
24,24 % (8 Patienten)	- Die Musik stört mich nicht.
18,18 % (6 Patienten)	- Ob ich mich gestört fühle, kommt auf die Musik und die Situation an.
9,09 % (3 Patienten)	- Ich fühle mich häufig gestört.
3,03 % (1 Patient)	- Ich mag die Berieselung nicht, kann sie jedoch ausblenden.

9.4.1.5. Tinnitus – das Phantom im Ohr

Für den Therapeuten ist es wichtig zu erfahren, was der Patient genau hört, wenn er von seinem Tinnitus spricht. Hört er ihn rechts, links, im ganzen Kopf? Wie klingt das, was er hört? Ist es ein Rauschen, eine Art Sinuston, eine Kombination aus verschiedenen Hörsensationen? Empfindet er die Ohr- bzw. Kopfgeräusche immer gleich intensiv, oder gibt es Schwankungen?

Wichtig ist auch zu erfahren, wie er sein Hören ganz allgemein erlebt. Ist er empfindlicher geworden auf Hörreize von aussen. Hört er gut oder bemerkt subjektiv Beeinträchtigungen im Hörvermögen? Fast 70 % der Patienten geben hier Veränderungen unterschiedlicher Ausprägung an (Tab. 15).

Tab. 15: Veränderungen des Hörvermögens (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
54,54 % (18 Patienten)	- habe Schwierigkeiten zu sagen, woher andere Töne kommen
69,69 % (23 Patienten)	- es ist schwieriger, mehreren Menschen gleichzeitig zuzuhören
33,33 % (11 Patienten)	- die Stimmen anderer erscheinen mir verzerrt
63,63 % (21 Patienten)	- es ist schwieriger, einer Unterhaltung zu folgen
48,48 % (16 Patienten)	- es fällt mir schwerer, zu telefonieren

Ebenso von Bedeutung ist, wie der Patient das was er hört empfindet. Die Formulierung: „Mein Tinnitus klingt wie...“ kann auf beide Fragen bereits erste Antworten geben. Einige Schilderungen sollen als Beispiel angeführt werden:

Fallbeispiel: Herr B., 75 Jahre

Herr B. beschreibt sein Ohrgeräusch als ein „feines, konstantes Summen“. Manchmal höre er auch ein Pfeifen oder Schlagen. „Tonhöhe und Puls“ wechselten. Sobald er aufgeregt sei, verstärke sich der Tinnitus. Die Unruhe übertrage sich auf sein Ohr und er höre den Tinnitus lauter, schneller und höher. Letzteres sei besonders unangenehm und kaum auszuhalten. Zunehmend sei es in seinem Ohr lauter geworden und manchmal empfinde er eine Art „Lärmstau“ im Ohr. Bei Spaziergängen in der Natur gebe es hingegen soviel zu sehen, dass er den Tinnitus kaum bemerke. Überhaupt, wenn er etwas wirklich Interessantes tue, bemerke er die Töne im Ohr manchmal fast nicht.

Fallbeispiel: Frau L., 56 Jahre

Frau L. berichtet, dass sie vor drei Jahren erstmals hohe Töne rechts, später auch links gehört habe, die sie mit „Hochspannung“ vergleicht. In letzter Zeit kämen unregelmässige Rauschtöne hinzu, die sie beunruhigten. Trotz medizinischer Abklärung bestehe eine „Restsorge“, dass mit ihrem Herz etwas nicht in Ordnung sei. In ihrer Familie habe es mehrere Herzerkrankungen gegeben. Zudem bezeichnet sich Frau L. bereits als seit

ihrer Kindheit „hörempfindlich“. Es rege sie auf, wenn Leute Lärm machten. Durch die Ohrgeräusche habe sich diese Empfindlichkeit verstärkt.

Fallbeispiel: Frau B., 46 Jahre

Frau B. vergleicht ihr beidseitiges Ohrgeräusch mit dem „Knarren eines übersteuerten Lautsprechers“. Schon immer etwas hörempfindlich, sei sie durch das Ohrgeräusch zusätzlich empfindlicher auf Geräusche geworden. Es tue ihr gut, draussen zu sein. In geschlossenen Räumen mit mehreren Stimmen spüre sie schnell einen unangenehmen Druck auf den Ohren.

Deutlich wird durch diese Schilderungen, dass sich Tinnitus- und Hörerleben nicht wirklich trennen lassen, eines das andere direkt beeinflusst. Hierbei kommen häufig, eigene zum Teil erfolgreich angewandte Strategien im Umgang mit dem Tinnitus zur Sprache. Ein Patient berichtet beispielsweise, dass ihn das Ohrgeräusch vor allem in Ruhephasen störe und er dann versuche, sich angenehm zu beschäftigen. Im beruflichen Alltag gelinge ihm das leichter und der Tinnitus sei dann weg.

Ein anderer Patient berichtet, dass er manchmal nachts erwache und nicht gleich wieder einschlafen könne. Dann versuche er an Schönes zu denken, oder stehe auf und höre Musik, oder lese ein Buch, bis er wieder müde sei. Derartige Schilderungen sind wichtig und beachtenswert, da sie über Erfahrungen des Patienten Auskunft geben und erste Lösungsansätze enthalten, die er im Umgang mit seiner veränderten Hörsituation selbst erlangt hat. Mitunter sind sie ihm nicht bewusst oder er schildert sie gar als Problem. Die Folge ist, dass diese Erfahrungen als Ausdruck eigener Kompetenz im Umgang mit dem Ohrgeräusch vom Patienten unbemerkt bleiben, er sie nicht entsprechend würdigen kann.

Es gibt auch Patienten, die sich ihrer Möglichkeiten im Umgang mit dem Tinnitus durchaus bewusst sind, jedoch an ihrer Wirksamkeit zweifeln. Sie suchen Rückbestätigung für ihr Tun, die Bestärkung, dass ihre eigenen Erfahrungen und Lösungsansätze wertvoll und hilfreich sind.

Fallbeispiel: Herr C., 50 Jahre, Unternehmer

Herr C. antwortet befragt auf seine Erwartungen und Ziele, er wisse, dass er das Geräusch im Ohr nicht abstellen könne. Er wolle den Umgang damit erlernen, ihm die Bedeutung nehmen und den Wirkkreis aus Spannung und Aufmerksamkeit durchbrechen. Er habe bemerkt, dass er beim Essen - da genieße er mit allen Sinnen -, beim Musizieren, vertieft in Gespräche und beim Wandern seinen Tinnitus kaum bis gar nicht wahrnehme. Er suche in der Therapie die Bestätigung, mit dem Tinnitus auf dem richtigen Weg zu sein.

In der Therapie soll nach und nach ein Umdenken, basierend auf real gelebten Erfahrungen angestossen werden, aus dem der Patient Kraft schöpft, das ihm seine eigenen Möglichkeiten bewusst macht und ihm hilft, Gedanken der Hilflosigkeit zu überwinden.

9.4.1.6. Störgeräusche von aussen – die Hyperakusis

Patienten die neben einem Tinnitus durch eine Geräuschüberempfindlichkeit betroffen sind, fühlen sich durch die Hyperakusis häufig mehr gestört als durch den Tinnitus (Kellerhals und Zogg 2004).

Ebenso gibt es Patienten, die allein unter einer Hyperakusis leiden. Das Hörerleben der durch Hyperakusis Betroffenen ist häufig durch einen zunehmenden Hör-Rückzug geprägt. Sie meiden vermehrt Hör-Situationen, die sie als unangenehm erleben und werden dadurch noch empfindlicher. Zunehmend breitet sich das Unbehagen auf ganz alltägliche Hör-Situationen aus, denen wiederum mit Vermeidung, nicht selten auch mit Ärger begegnet wird. Dem Rückzug im Hörbereich folgt häufig die soziale Isolation. Die Anderen sind Schuld, zu unsensibel, zu laut. Flucht scheint der einzige Ausweg zu sein, selbst wenn dieser mit hohem Kraft- und Zeitaufwand verbunden ist, wie das folgende Fallbeispiel verdeutlichen soll.

Frau H., 30 Jahre, Lehrerin

Die Patientin berichtet, dass sie sich vermehrt durch Geräusche ihrer Umgebung beeinträchtigt fühle. Alltägliche Höreindrücke wie Strassenlärm,

die Stimmen vieler Menschen, das Klingeln eines Telefons und auch das Rauschen der Heizung in ihrer Wohnung ertrage sie nicht mehr. Sie spüre eine starke, innere Unruhe und mitunter sogar Angstzustände in Verbindung mit Herzrasen. Nur noch selten verlasse sie die Wohnung allein und ohne die Begleitung einer guten Freundin, die ihr Sicherheit vermittele und helfe, mit Angst und Stress besser umzugehen. 9 Jahre habe sie als Lehrerin problemlos arbeiten können. Nun sei es für sie unvorstellbar, in einem Schulzimmer zu arbeiten. Der Lärm beeinträchtige ihre Konzentration. Sie verweile gedanklich bei den Störgeräuschen und habe Angst, Fehler zu machen. Deshalb habe sie ihre Anstellung als Lehrerin gekündigt und sei zurzeit arbeitslos.

Auch den Geräuschquellen des Alltags versuche sie auszuweichen, trage immer Gehörschutz bei sich, den sie zuletzt bei der Anreise benutzt habe. Schon mehrfach hat Frau H. den Wohnort gewechselt und überlegt bereits einen erneuten Umzug, da die Heizung so laut rausche.

Eigentlich besuche sie gern Konzerte und Kinofilme. Heute sei ihr das zu laut. Ihre Hörerfahrungen beschreibt sie, als vermehrt „mit Ärger verbunden“ und stellt die Frage: „Warum stört es die anderen nicht?!“

Das Fallbeispiel verdeutlicht, dass bei der Geräuschüberempfindlichkeit Angst und mitunter auch Ärger eine entscheidende Rolle spielen. Ziel der Therapie ist es deshalb, dem Patienten die ständige, übertriebene Sorge um sein Gehör und eine mögliche Verschlechterung desselben zu nehmen. Das kann einerseits unterstützend durch den HNO-Arzt mit Hilfe wiederholter audiometrischer Kontrollen des Hörvermögens erfolgen. Andererseits geht es darum, die Patienten dosiert an alltägliche Geräuschsituationen heranzuführen und damit den Prozess der Gewöhnung zu fördern. Besonders für schwergradig betroffene Patienten ist eine schützende, therapeutische Begleitung unerlässlich, die ebenso Aufklärung über die tatsächliche Wirkung von Schallstärken und die Folgen des bisherigen, vom Patienten praktizierten Schonungs- und Vermeidungsverhalten beinhaltet. Der Patient muss wissen, dass ein Hörrückzug sein Problem vergrößert und

er sich zugleich Energie, die er über das Hören aufnehmen könnte, vorenthält. Zusätzlich dürfte eine angstgeprägte Grundhaltung den täglichen Kraft- und Energieverbrauch erhöhen. Auch Ärger verbraucht Energie.

Wie bei der Wahrnehmung des Tinnitus, spielt auch bei der Hyperakusis die Bewertung des Gehörten eine zentrale Rolle. Ziel ist neben der behutsamen Annäherung an normale Geräuschpegel ebenso die geistige Auseinandersetzung mit dem Hörbaren. Wie denkt der Patient über das was er hört? Kann es seinem Gehör tatsächlich schaden? Welche hilfreichen Strategien kann er auf gedanklicher Ebene entwickeln? Welchen Einfluss haben sie auf sein Handeln und Wahrnehmen? Mit welcher Einstellung nähert er sich dem Hören ganz allgemein?

Hesse bemerkt, dass es weder bei einer Hyperakusis, noch bei einer Phonophobie ausreicht, den Patienten allein auf „das Psychische“ hinzuweisen, da er sein Leiden körperlich erlebe (Hesse 2008).

Der ganz praktische Bezug, das Sammeln von Erfahrungen scheint demnach für den Patienten sehr wichtig zu sein. Doch gerade bei schwergradig durch eine Hyperakusis Betroffenen besteht häufig eine Depression oder Angststörung, die neben der konkreten Übungssituation die psycho-therapeutische Begleitung erfordert.

Welche praktischen Möglichkeiten bietet die MHT bei der Behandlung?

Im Zentrum steht wie bereits erwähnt die behutsame, Vertrauen fördernde Begleitung des Patienten. Übungssituationen für die Annäherung an normale Schallstärken finden sich bereits im Klinikareal zur Genüge. Da das Hinführen dosiert erfolgen sollte, bieten sich hierfür zu Beginn einfache Geräusch- und Klanginstrumente an, zu denen der Patient ihm angenehme Assoziationen, möglicherweise vorerst auch nur Erinnerungen, entwickeln kann. Auch Musik, zunächst ganz leise gehört, kann ein Anfang sein. Ebenso Naturgeräusche, die sich nach und nach auch in der Umgebung neu entdecken lassen und in der Regel positiv besetzt sind oder es früher zumindest waren, sind möglich. Ein grosser Favorit hierbei ist Wasser. Der Patient soll in der MHT das unbeschwerte Hören neu erlernen, die Ohren

wieder öffnen können. Dafür ist es wichtig, ihn mit angenehmen Höreindrücken zu locken.

Wozu sollte er sich sonst dem Hören zuwenden? Auf der Basis positiver Hörerfahrungen soll nach und nach der Schritt hin zu alltäglichen, nicht immer gewünschten und auch wirklich nicht immer angenehmen Hörsituationen gelingen.

Auch hier spielt das Thema „Hörhygiene“ eine wichtige Rolle. Denn Ziel der Therapie soll es keinesfalls sein, dass der Patient im Anschluss alles Hörbare wie ein Schwamm unkontrolliert in sich aufsaugt. Natürlich braucht es Ruhepausen, auch wenn es die viel beschworene „Stille“ in reiner Form nicht gibt, weil unser Hörnerv immer in Aktion ist, sind Ruhephasen unerlässlich. Der hörende Mensch sollte sich nicht allem aussetzen. Es ist eine Gradwanderung, die es dem Patienten zu vermitteln gilt und die ihn in die Lage versetzen soll, sein Hören so zu gestalten, dass er weder überempfindlich wird, noch abstumpft.

9.4.1.7. Tinnitus und Schlaf

Schlaf ist lebenserhaltend. Etwa ein Drittel seines Lebens verbringt der Mensch im Schlaf. Tinnituspatienten leiden häufig unter Beeinträchtigungen ihres Schlafs, dessen Wiederherstellung sie meist als eines ihrer dringlichsten Anliegen bezeichnen (Tab. 16).

Von 27 Patienten (81,81 %) betrachten 18 Patienten (54,54 %) den Schlaf als ihr hauptsächlichstes Problem. Hinzu kommt, dass das Schlafvermögen mitunter schlechter eingeschätzt wird, als es tatsächlich ist. Zwei Patienten geben im Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller keinerlei aktuelle Störungen ihrer Nachtruhe an und bezeichnen dennoch den Schlaf als Haupt- bzw. Teilproblem. Eine Patientin leidet unter einer Hyperakusis, hat jedoch keine Ohrgeräusche. Auch sie berichtet von Ein- und Durchschlafproblemen. Als Ursache für die bestehenden Ein- und Durchschlafstörungen wird häufig der Tinnitus verantwortlich gemacht (Ford u. Kamerow 1989, Weyerer u. Dilling 1991, Folmer u. Griest 1999, 2000, Asplund 2003).

Tab. 16: Schlafprobleme aufgrund des Tinnitus/ der Hyperakusis (n=33) (Mehrfachnennungen möglich)	
81,81 % (27 Patienten) davon: 54,54 % (18 Patienten)	- geben Schlafprobleme an - betrachten Schlaf als ihr hauptsächliches Problem
81,81 % (27 Patienten) davon: 45,45 % (15 Patienten) 33,33 % (11 Patienten)	- benötigen länger zum einschlafen - regelmässig - teilweise
66,66 % (22 Patienten) davon: 39,39 % (13 Patienten) 27,27 % (9 Patienten)	- wachen morgens früher auf - teilweise - häufig
63,63 % (21 Patienten) davon: 33,33 % (11 Patienten) 30,30 % (10 Patienten)	- wachen nachts häufiger auf - häufig - teilweise

Tatsächlich leidet die überwiegende Zahl der Tinnituspatienten mit Schlafbeeinträchtigungen an einer nichtorganischen Insomnie ICD 10F. 51, bei welcher Krankheitsbilder des depressiven Formenkreises wie die lavierte Depression, aber ebenso Angsterkrankungen eine ursächliche Rolle spielen (Hesse et al 1995, Hesse und Laubert 2001).

So stellte Goebel bei Untersuchungen an stationär behandelten Patienten mit Tinnitus fest, dass diese häufig psychische Störungen wie Depression (33 – 67 %), dysthyme Störungen (11 – 21 %), Angststörungen und somatoforme Störungen (ca. 42 %) aufwiesen. (Goebel 2001a, 2004, Goebel et al. 2006b). Olderogs et al (Olderogs et al. 2004) gehen davon aus, dass die dem Tinnitus angelastete Schlafstörung zum wichtigen Auslöser für einen ungünstigen Krankheitsverlauf werden kann. Man nimmt an, dass die psychischen Belastungen häufig bereits vor Auftreten des Tinnitus bestehen und dieser sich erst durch eine erhöhte psycho-patologische Anspannung herausbildet.

Es gibt verschiedene Störungstheorien und Modelle zur primären Insomnie. Primär vermutet man ein erhöhtes physiologisches Aktivierungsniveau. Unklar bleibt jedoch, ob dieses Ursache oder Folge der Insomnie ist.

Bezogen auf den Patienten mit Tinnitus:

„erscheint es verständlich und nahezu als eine evolutionäre Notwendigkeit, dass ein akuter Tinnitus als neuer, unbekannter und negativ bewerteter Reiz bei seinem Auftreten ein beunruhigendes, zu Handlungen aufforderndes Ereignis ist und diese Beunruhigung mit Erhöhung des Aktivitätsniveaus zu Schlaflosigkeit führen kann. „ (Schaaf 2008b)

Die Betroffenen haben häufig den Eindruck, ihr Ohrgeräusch nachts lauter zu hören. Sie vernachlässigen dabei, dass Alltagsgeräusche zum Teil eine maskierende Wirkung auf den Tinnitus ausüben können und in der Ruhe der Nacht einfach fehlen. Hinzu kommt, dass auch die konzentrierte, bewusste Ausrichtung auf Aufgaben und Vorhaben, z. B. in Form täglicher Arbeit in der Regel der Wachheit des Tages vorbehalten bleibt.

Der menschliche Geist schweift nachts vermehrt ungerichtet umher und bleibt schneller an Problemen wie einem unliebsamen Ohrgeräusch haften. Wichtig ist nun die Frage, wie es dem einzelnen gelingen kann, dieses Aktivitätsniveau zu senken.

Auch wenn bestehende Schlafstörungen in erster Linie psychotherapeutisch behandelt werden sollten – allein die Aufklärung über wichtige Zusammenhänge zu Funktion und Eigenschaften des Schlafs kann entängstigend wirken – besteht auch mittels musik- und hörtherapeutischer Methoden die Möglichkeit, das Schlafverhalten und damit den Schlaf selbst, zu fördern.

Mögliche Strategien reichen vom Hören angenehmer, als beruhigend empfundener Musik, über die Anschaffung und Installation eines Zimmerspringbrunnens im Schlafbereich bis zu bewusst ausgeführten Entspannungs- und Wahrnehmungstechniken. Auch ein in gleichförmiger Stimmlage und ruhigem Sprachrhythmus gelesenes Hörbuch kann einen Versuch wert sein. Wobei der Patient bei der Auswahl darauf achten sollte, welcher Stimmklang ihm besonders angenehm ist. Natürlich sollte auch der

Inhalt der Geschichte nicht zu aufwühlend sein, doch immerhin soviel Neugier wecken, dass die Bereitschaft des Hörers wächst, ihr mit gelöstem Interesse zu folgen, sich in gewisser Weise von ihr einhüllen zu lassen. Dabei sind unterschiedliche Erfahrungen möglich wie beispielsweise das Gefühl, in der Nacht nicht ganz allein zu sein, einen Anker zu haben auf den sich die unruhigen Gedanken richten. So manchen dürfte das an seine Kindheit erinnern, als Mutter oder Vater mit dem Märchenbuch am Bett sassen. Doch auch das Empfinden, die nächtliche Zeit statt mit verzweifelterm Warten auf den Segen des Schlafes wenigstens für das Hören einer Geschichte genutzt zu haben könnte den Druck verringern.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, bei offenem Fenster auf Geräusche der Nacht zu horchen, zu versuchen die Gedanken gezielt auf Schönes zu lenken, oder beispielsweise mit den Fingern auf der Bettdecke feine Geräusche zu erzeugen und darauf zu hören. Auch körpereigengeräusche lassen sich nutzen. Manchem Patienten gelingt dies sogar mit der Konzentration auf sein Ohrgeräusch.

„So kann der Patient sich einen summenden Tinnitus als Bachrauschen und das häufige hochfrequente Pfeifen durchaus als Grillenzirpen vorstellen. Zusammen mit der Assoziation einer blühenden Wiese oder Erinnerungen an einen sonnigen Abend im Urlaub kann der Tinnitus dann sogar beim Einschlafen helfen.“ (Schaaf 2008b)

Ebenso sind autosuggestive Verfahren wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder das Autogenes Training denkbar. Wichtig scheint, dass egal was der Patient als Hilfsmittel anwendet, seine Bemühungen nicht von dem Vorsatz des „unbedingt schlafen wollen“ begleitet werden. Eine derart verbissene Ausrichtung auf den Schlaf birgt das Risiko, gegenteilig zu wirken, da sie häufig mit Unruhe, Sorge mitunter auch Ärger verbunden ist.

9.4.1.8. Patientenbefragung zu Erwartungen und Zielen

Zu Beginn des therapeutischen Miteinanders geht es darum zu klären, welche Erwartungen und Ziele (vielleicht auch Befürchtungen) der Patient in die Therapie einbringt.

Was ist im Rahmen der Therapie für den Patienten möglich, was nicht?
Welchen Beitrag leistet der Patient, welchen der Therapeut?

Patienten mit chronischem Tinnitus haben häufig bereits einen längeren Weg an Behandlungsversuchen und damit verbundenen Erfahrungen hinter sich. Zum Teil haben sie sich mit Hilfe von Selbsthilfeliteratur und Internet vorinformiert. Während langer Leidenswege wurden anfängliche Hoffnungen und Wünsche zwangsläufig einer Realitätsprüfung unterzogen. Interessant ist herauszufinden, ob für erlebte Enttäuschungen Ärzte und Therapeuten allein verantwortlich gemacht werden, oder ob der Betroffene beginnt, auch seine Vorstellungen zu gewünschten Veränderungen zu hinterfragen.

Wie sich eine Formulierung in diesem Fall anhören kann, soll folgendes Fallbeispiel verdeutlichen.

Frau S., 56 Jahre Kraniosakral-Therapeutin

Frau S. antwortet befragt auf ihre Wünsche und Hoffnungen: „Wenn ich unverschämt wäre, würde ich mir wünschen, dass sich das Ohrgeräusch zurückzieht. Doch ich weiss, dass das nach mehreren Jahren nicht mehr möglich ist.“ Interessant ist hier, das „Was wäre wenn?“ zu hinterfragen. Oftmals treten dabei Bedürfnisse des Patienten zu Tage, deren Nichterfüllung dem Tinnitus angelastet wird und die bei vertiefter Betrachtung auch mit Ohrgeräusch durchaus erreichbar wären. So antwortete Frau S. auf diese Frage mit den folgenden Worten: „Dann könnte ich mich in die Stille zurückziehen. Ich sehne mich nach Stille, nach lauter Nichts, echt nichts. Das Nichts gibt mir mich, gibt mir Frieden. Aus dem Nichts kann unbelastet Neues entstehen. Niemand will was von mir. Keine Verantwortung für andere, kein Leistungsdruck, dafür Geborgenheit. Es geht glaube ich bis zu Gott, das grosse Unbekannte.“ Dann geht Frau S. noch einen Schritt weiter. Sie sagt, sie denke in die Stille hören sei etwas sehr Waches, Öffnendes. Das Ohr suche eine Welle, öffne sich. Im Nachdenken über das Gesagte fährt sie fort: „Jetzt bekomme ich fast ein schlechtes Gewissen. Taubheit verschliesst. Ich

aber kann hören.“ Gerade diese letzte Äusserung, in der sich die Patientin ihres Hörvermögens als einer Gabe, eines Geschenkes bewusst wird, scheint sehr wichtig. Die Patientin betrachtet in diesem Moment ihr Hören als eine Fähigkeit. Im Verlauf der Therapie wird hier zu hinterfragen sein, wie sie diese Fähigkeit für ihr Wohlbefinden gezielt nutzen kann.

Tab. 17 gibt einen Überblick über die Erwartungen und Ziele, die von den Patienten zu Beginn der MHT benannt wurden. An erster Stelle steht mit gut 90 % der Umgang mit dem Tinnitus, gefolgt vom Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung. Hierbei ist es vielen Patienten wichtig, wieder Kontrolle über ihre Ohren zu erlangen, indem ihr Ohrgeräusch an negativer Bedeutung verliert. 3 Patienten äussern wider besseres Wissen den Wunsch, ihr Tinnitus möge verschwinden oder doch zumindest leiser werden. Auch die Verbesserung der Lebensqualität und des Schlafes scheint den Patienten ein grosses Anliegen zu sein. Dabei wird der Begriff der Lebensqualität meist als ein Zustand von Unbeschwertheit und Freisein von Leid beschrieben, für das mehrheitlich der Tinnitus verantwortlich gemacht wird. Diese Patienten äussern die Hoffnung, wieder glücklich zu sein und den Alltag normal bestreiten zu können. Als Beispiel wird häufig das Leben vor Auftreten des Ohrgeräusches herangezogen. Einige Patienten haben Ängste, der Tinnitus könne lauter werden und auch das andere möglicherweise noch nicht betroffene Ohr in Mitleidenschaft ziehen oder die Gesundheit allgemein beeinträchtigen. Angesprochen wird von ihnen auch die Angst vor der Angst, hilflos in Panik zu geraten und irgendwann keine Kraft mehr für das Leben mit Tinnitus zu haben. Diesen Patienten ist der Abbau ihrer Angst ein zentrales Anliegen.

Vereinzelt benennen Patienten bereits sehr konkret Wünsche, welchen Dingen sie sich in der Therapie in besonderer Weise widmen möchten. Ein Patient äussert besonderes Interesse an klassischer Musik, die er näher kennen lernen möchte, ein anderer plant den Bau eines Regenrohres. Eine Patientin möchte ihren lebenslangen Traum Klavier zu spielen endlich in die Tat umsetzen. In den Wünschen dieser Patienten klingen neben der

Sehnsucht nach genussvollem Hören bereits erste klare Vorstellungen an, wie der Rückgewinn an Hörfreude zu erreichen sein könnte, wie es gelingen könnte, empfundene Defizite mit Hilfe der Therapie wieder auszugleichen und damit das Gesamtbefinden zu verbessern.

Tab. 17: Welche Erwartungen und Ziele benennen Patienten zu Beginn der Therapie? (n=33) (Mehrfachnennungen möglich)	
90,90 % (30 Patienten)	- Umgang mit Tinnitus verbessern
63,63 % (21 Patienten)	- Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung
39,39 % (13 Patienten)	- Verbesserung der Lebensqualität
21,21 % (7 Patienten)	- Schlaf verbessern
18,18 % (6 Patienten)	- Geräuschüberempfindlichkeit verringern
15,15 % (5 Patienten)	- Angstabbau
12,12 % (4 Patienten)	- Bedürfnis, selbst Klang zu erzeugen
9,09 % (3 Patienten)	- Missempfindungen im Ohr beseitigen
6,06 % (2 Patienten)	- Konzentration verbessern
6,06 % (2 Patienten)	- Schmerzlinderung
6,06 % (2 Patienten)	- Bedürfnis, bewusst Musik zu hören
6,06 % (2 Patienten)	- Verbesserung der Hörverständigung
3,03 % (1 Patient)	- Regenrohr bauen
3,03 % (1 Patient)	- einseitige Ertaubung akzeptieren
3,03 % (1 Patient)	- Umgang mit Schwindel verbessern

9.4.1.9. Möglichkeiten der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis

Die Frage nach der Bedeutung des Hörens für den Einzelnen, nach seinen Erwartungen an die Therapie, führt direkt zu den Zielen und Möglichkeiten musik- und hörtherapeutischer Behandlung.

Wichtig ist hierbei, dem Patienten zu vermitteln, dass es zentral um die Umstrukturierung auditiver Fähigkeiten durch die Schulung von Hörbewusstsein und Hörverhalten geht und nicht darum, unangenehm empfundene Geräusche von innen und aussen zu bekämpfen, indem man sie abstellt oder ihnen im Notfall ausweicht. Im Mittelpunkt stehen nicht der Tinnitus, die Hyperakusis oder der Hörverlust an sich, sondern die ganz

individuellen Möglichkeiten menschlichen Hörens und Wahrnehmens. Welche Voraussetzungen sind dem Patienten in seiner aktuellen Situation gegeben? Wie sind sie für ihn optimal nutzbar, um sein Gesamtbefinden positiv zu beeinflussen und darüber auf das Erleben von Ohr- und anderen Störgeräuschen lindernden Einfluss zu nehmen?

Es handelt sich um eine Art Bestandsaufnahme. Was habe ich? Was kann ich damit für mich tun? Mit welchen Beschränkungen muss ich lernen zu leben? Was kann mir dabei in welcher Form hilfreich sein? Denn Tatsache ist, dass sich mit dem heutigen Stand der Forschung, chronisch bestehende Ohrgeräusche nicht beseitigen lassen und dies auch in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird.

Uneinigkeit in den Erwartungen und Zielen zwischen Patient und Therapeut kommen vor und sind im Gespräch zu thematisieren. Einem Patienten der die Lösung seiner Probleme im Kampf gegen Ohr – und andere Störgeräusche sucht wird es schwer fallen, einem therapeutischen Ansatz zu folgen, der die Akzeptanz und den Umgang mit den „Störfaktoren“ in den Mittelpunkt rückt. Eine solche Uneinigkeit schliesst eine musik- und hörtherapeutische Behandlung nicht grundsätzlich aus, ist jedoch eine wichtige Information für den Therapeuten, diesen Punkt in sein Vorgehen immer wieder einzubeziehen und dem Patienten unter diesem Blickwinkel Wirkungsweisen menschlicher Hör- und Sinneswahrnehmung erfahrbar werden zu lassen. Grundlegend ist jedoch, dass der Patient überhaupt bereit ist, sich auf derartige Erfahrungen einzulassen.

9.4.2. Hör- und Wahrnehmungsübungen

Wir lernen am eindrücklichsten aus Erfahrungen die wir selbst durchleben. Erlebnisschilderungen dritter erreichen für uns kaum diese fühlbare Intensität, eigentlich nur dann, wenn wir die beschriebene Situation mit eigenen Lebenserfahrungen und daraus resultierenden Erwartungen und Vorstellungen verknüpfen können.

Gelebte Erfahrung verschafft uns über die Erinnerung einen direkten, persönlichen Bezug zu Dingen und Situationen und beeinflusst zugleich die

Art und Weise, in der wir uns einem Objekt oder Ereignis nähern. Eine rein gedankliche, theoretische Auseinandersetzung bleibt so lange eine abstrakte Vorstellung, bis wir durch eigene Erfahrungen an sie anknüpfen können. Ebenso beruht unser Hören und Wahrnehmen auf Erfahrungen, die wiederum auf unsere Vorstellungen und Wünsche Einfluss nehmen.

Einem Patienten mögliche Hör- und Wahrnehmungsweisen im Umgang mit Ohr- und Umgebungsgeräuschen rein gedanklich zu vermitteln wird dann besonders schwierig, wenn seine derzeit abrufbaren Erfahrungen überwiegend negativ sind. Seine Erwartungen werden es dann möglicherweise ebenso sein, Misstrauen und Skepsis fördern und aufrechterhalten. Erhält er hingegen die Möglichkeit, theoretische Überlegungen ganz praktisch auszutesten, kann er neue, eigene Erfahrungen sammeln und dadurch für sich persönlich Erkenntnis gewinnen, die ihn wiederum befähigen soll, eigene Wahrnehmungsmuster zu erkennen und wenn nötig zu verändern.

Aus diesem Grund wird in der Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis schon zu Beginn ein erlebnisorientierter, spielerischer Bezug gesucht. Über das Spiel kann es gelingen, den Patienten aus seiner aktuellen, Leid fixierten Situation an einen Ort zu locken, der sein Interesse, seine Neugier weckt und ihn für Augenblicke aus mitunter voreingenommenen, starren Haltungen des Wahrnehmens löst.

Nicht selten sind damit angenehme, unbeschwerte Assoziationen und Erinnerungen an die Kindheit verbunden. Angebotene Übungsinhalte können statt zu grauer Theorie zur Entdeckungsreise in die Welt des Hörens und Wahrnehmens werden. Doch der Einbezug des Spielerischen hat noch eine weitere wichtige Bedeutung.

„Selten machen wir uns darüber Gedanken, wie vielfältig der Begriff „Spielen“ und wie oft er für uns negativ besetzt ist... Dabei hat Spielen für die Entwicklung des Kindes eine herausragende Bedeutung. Denn Kinder erobern dabei Neues und üben es ein – ob es nun Schule oder Kaufladen ist – bevor sie es im Leben anwenden.“ (Wolf 2002)

Doch nicht nur für das Kind birgt die Spielsituation Entwicklungsmöglichkeiten. Dem Patienten mit Tinnitus und/oder Hyperakusis ermöglicht sie, Hör- und Wahrnehmungsweisen unterschiedlicher Art einem persönlichen Tauglichkeitstest zu unterziehen, in dem er sie ausprobiert, kategorisiert – um beispielsweise Hilfreiches von Unnützem zu trennen – transformiert und übt. Erst durch die persönliche Aneignung, werden hilfreiche Hör- und Wahrnehmungsstrategien für den Patienten im Alltag anwendbar. Zugleich fördert das Spiel auch seine sozialen Fähigkeiten.

„So ist das Spiel für den Menschen die ursprünglichste Form, soziale Fähigkeiten zu erwerben und zu erweitern.“ (Wolf 2002)

Für den Erwachsenen werden bedingt durch alltägliche Aufgaben spielerische Herangehens- und Sichtweisen naturgemäss seltener. Mitunter spricht man davon, dass mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter der Ernst des Lebens beginne. Daraus resultierende Sicht- und Handlungsweisen sind häufig durch Dinge wie Pflichtbewusstsein, Fleiss, Streben nach Erfolg und Anerkennung und einer Form von Flexibilität geprägt, die es vor allem ermöglichen soll, den Anforderungen dritter zu entsprechen. Unbeschwertheit, spielerische Neugier, Freude und Leichtigkeit, die auch neue Lebensfreude- und Kraft bewirken können, geraten zunehmend aus dem alltäglichen Blickfeld, verlieren an Bedeutung und werden mitunter sogar als Zeitverschwendung betrachtet. Der Raum für spielerisches Experimentieren ohne folgenschwere Nebenwirkungen wird kleiner. Wird der Pflichtteil zu übermächtig geraten Menschen in eine Treitmühle aus Aufgaben und Pflichten, die an der Substanz zehrt und auch Denken und Wahrnehmen überschattet. Im schlimmsten Fall geraten diese Menschen von ihrem Kompetenz- in den Überlebensmodus, funktionieren nur noch, bewusst oder unbewusst.

Vor diesem Hintergrund können Patienten spielerische Übungsweisen als sehr banal, fast peinlich erscheinen. Ihre Reaktionen reichen von Ungläubigkeit bis zu Verunsicherung. Spiel verändert den Blickwinkel, in dem es einen geschützten Rahmen bietet, zu experimentieren, zu wiederholen und sich ebenso Unvorhergesehenem dosiert auszusetzen.

Spiel bietet ein Stück Leben auf Probe. Der Satz „Es ist nur ein Spiel“ kann dies zum Ausdruck bringen.

Interessant zu beobachten ist, wie ein Patient auf das Angebot zum Spiel eingeht. Findet er einen unbeschwerten Zugang zur angebotenen Spielsituation oder wirkt er möglicherweise befangen, reagiert verunsichert? Erbittet er Hilfe, beispielsweise in Form weiterer, detaillierter Anweisungen und Hintergrundinformationen? Tut er das in dem Bestreben sich abzusichern, um mögliche „Fehler“ zu vermeiden, sich nicht zu blamieren oder ist er einfach neugierig und äussert über Rückfragen sein Interesse am Spiel. Wie begegnet er dabei dem Gegenüber in Person des Therapeuten? Welche Art der Kommunikation wählt der Patient, um eigene Bedürfnisse und Wünsche zu äussern? Welche Strategien und Lösungsansätze wählt er während des Spiels? Hält er sich punktgenau an Spielvorgaben (auch vermeintlich gestellte) oder bringt er andere, eigene Spielmöglichkeiten in das Geschehen ein? Welche Gefühle und Empfindungen löst das Spiel in ihm aus? Welche persönlichen Erfahrungen erschliessen sich ihm durch das Spiel? Wie bringt er sie zum Ausdruck?

Fallbeispiel: Herr B., 51 Jahre, Bauarbeiter

Herr B. stellt während einer Blindführübung wiederholt die folgende Frage: „Habe ich das jetzt richtig gemacht?“ Es scheint ihm sehr wichtig zu sein, für sein Tun seitens der Therapeutin eine positive Rückmeldung zu erhalten. Fast hat es den Anschein, als ob sich der Patient für seinen Beitrag zur Übung eine Art Benotung erhofft. Darauf angesprochen berichtet er von seinem despotischen, gewalttätigen Vater, dem er selten etwas habe recht machen können. Die Bestätigung tue ihm gut und gebe ihm Sicherheit. Herr B. bemerkt im Anschluss an die Übung und deren Reflektion: „Es geht mir psychisch besser.“

9.4.2.1. Das Prinzip von Aufmerksamkeit und Bewertung und die

Begrenztheit menschlichen Wahrnehmens

„Was ist und wozu dient Wahrnehmen?“ Guski nimmt hierzu die folgende Unterscheidung vor: „Wenn wir das deutsche Wort Wahrnehmen umgangssprachlich benutzen, umschreiben wir damit eine Tätigkeit, die uns kontinuierlich Informationen über Zustände und Ereignisse in unserer Umgebung (und zum Teil in uns selbst) liefert. Das Wort Wahrnehmung bezeichnet eher kurze Momente dieser Tätigkeit bzw. ihr Ergebnis. In beiden Fällen nehmen wir die erhaltenen Informationen für wahr.“(Guski 1996)

*Guski ist es mit dieser Differenzierung wichtig darauf hinzuweisen,“...dass wahrnehmende Menschen nicht passiv irgendwelchen „Reizen“ ausgesetzt sind, sondern meist **aktiv bestimmte** in der Umwelt vorhandene Informationen **selektiv** aufnehmen und **zweckvoll** für ihre Handlungsabsichten verwenden.“*

Natürlich bleibt ein Grossteil aufgenommener Informationen unbewusst, beispielsweise zur Steuerung unserer Bewegungen im Raum und gelangt nicht auf die Ebene der Reflektion.

Doch der wahrnehmende Mensch ist in der Lage, sich bewusst und willentlich gesteuert ganz bestimmten, ihm dienenden Informationen über Objekte und Ereignisse zuzuwenden und darauf zu reagieren. Das heisst, er nimmt die Informationen bewusst wahr und reflektiert sie in der gedanklichen Auseinandersetzung. Wie er das tut, wird durch die Art der Informationsverarbeitung bestimmt, wie er das, was er wahrnimmt einordnet und bewertet und welche Möglichkeiten der Informationsaufnahme und -verarbeitung ihm dabei zur Verfügung stehen.

„...darauf können wir feststellen, dass das Wahrnehmen eben so gut geht, wie es die äusseren und inneren Umstände erlauben. Wenn die verfügbare Umwelt-Information zur Handlungssteuerung nicht ausreicht, wenn die Sinnessysteme für die vorhandene Information nicht eingerichtet sind, wenn unsere Aufmerksamkeit durch andere Dinge beansprucht wird, oder wenn wir noch wenig Erfahrung haben, kann es zu Unsicherheiten oder gar Fehlwahrnehmungen kommen.“(Guski 1996)

Neben stammesgeschichtlichen Faktoren prägt demnach die individuelle, geistige und körperliche Entwicklung eines Menschen seine Art wahrzunehmen und zu bewerten ganz entscheidend. Obwohl aus bewusstem wie unbewusstem Wahrnehmen Erfahrungen resultieren, die Einfluss auf spätere Wahrnehmungsweisen nehmen, ist grundlegend zwischen bewusstem und unbewusstem Wahrnehmen zu unterscheiden.

Bewusstes Wahrnehmen erfordert Aufmerksamkeit in Form willentlich gesteuerter, ungeteilter Zuwendung zu einem Objekt oder Ereignis, wobei der in diesem Kontext auch verwendete Begriff der *Achtsamkeit* hier als höchster Grad menschlicher Aufmerksamkeit verstanden wird und zugleich eine geistige Wahrnehmungshaltung bezeichnet, die von grosser Sorgfalt, Aufnahmebereitschaft und einer zunächst wertneutralen Herangehensweise gekennzeichnet ist.

Tomatis bezeichnet das menschliche Wesen als eine „*auf das Universum ausgerichtete Antenne*“ (Tomatis 1997). Es müsse „*mit Hilfe seiner Sinne und der Intuition eine für die Schwingungsphänomene von Klang und Schall empfangsbereite Haltung*“ einnehmen, um das grosse Ganze zu erfassen und zu verstehen. Wichtig ist anzumerken, dass ganz bewusstes Wahrnehmen immer nur auf ein Objekt mit einem Sinn gerichtet und damit ungeteilt sein kann.

Doch wodurch wird bestimmt, worauf der bewusst wahrnehmende Mensch seine Aufmerksamkeit richtet?

Guski bemerkt hierzu (Guski 1996): „... dass Lebewesen sich aus dem Meer der umgebenden strukturierten Energie denjenigen Teil heraussuchen, der für sie relevante Informationen über die Umwelt enthält. Relevant sind konkrete Informationen über Objekte, Zustände und Vorgänge im unmittelbaren Lebensraum, die Auswirkungen auf das Überleben und Handeln des Lebewesens haben können.“

Aufmerksamkeit wird also durch Interesse gesteuert und bezeichnet den Vorgang der bewussten, geistigen Hinwendung zu einem Objekt oder Ereignis. Je höher der subjektive Bedeutungsinhalt für den

Wahrnehmenden ist, umso höher wird der Grad der Aufmerksamkeit mit dem er sich einem Objekt oder Ereignis zuwendet.

Persönliche Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster, geprägt durch persönliche Erfahrungen und daraus resultierende Vorstellungen beeinflussen entscheidend, ob eine Information als wichtig eingestuft wird oder nicht und wie viel Aufmerksamkeit sie in der Folge erhält.

Hierbei weist das menschliche Wahrnehmen die Besonderheit auf, dass neben funktionalen Umweltinformationen auch symbolische Inhalte aufgenommen werden können, die nicht unbedingt eine Handlungsabsicht verfolgen.

„Zu denjenigen Funktionen des Wahrnehmens, die uns am ehesten bewusst sind, gehört neben dem aktiven Explorieren der Umwelt das Aufnehmen symbolischer Information, z. B. das Lesen, Bild-Betrachten, Musik-Hören und Sprache-Verstehen.“ (Guski 1996)

Dabei muss die Struktur der Objekte und Ereignisse erst mehr oder weniger entschlüsselt werden, was wiederum einen Lernprozess voraussetzt, der jedoch auch für das Erfassen der Umwelt erforderlich ist, wenn wir beispielsweise im Kindesalter *„durch Explorieren und Manipulieren der Gegenstände unserer Umwelt lernen, welche Bedeutung z. B. glatte Fussböden, glatte Kugeln, glatte Spielzeuge für uns haben und welche invariante optische Anordnung mit der Information „glatt“ verbunden ist....Und wir werden diese spezifischen Informationen umso genauer entdecken, je intensiver wir uns früher damit beschäftigt haben.“*

Das bedeutet, menschliches Wahrnehmen - ob bewusst oder unbewusst - unterliegt einem lebenslangen Entwicklungsprozess, der in Abhängigkeit innerer und äusserer Faktoren in ganz unterschiedliche Richtungen verlaufen kann und somit beeinfluss- und veränderbar ist.

Bezogen auf den Patienten mit Tinnitus und/oder Hyperakusis wird die Aufdeckung und Veränderung von oft unbewusst verinnerlichten, destruktiven Wahrnehmungsmustern zum therapeutischen Kernziel.

Nicht die eintreffende Information Tinnitus oder Umgebungsgeräusche können verändert werden, sondern deren Bewertung und die daraus resultierende Wirkung auf den wahrnehmenden Menschen selbst.

Tinnitus-Patienten sind häufig der Überzeugung, ihr Ohrgeräusch 24 Stunden täglich, ohne Unterbruch in immer gleicher, störender Intensität bewusst wahrzunehmen. Aufgabe ist es nun, dem Patienten zu vermitteln, dass ihm eine solch bewusste und damit ungeteilte Aufmerksamkeit ohne Unterbrechungen nicht möglich ist und er sich neben der Wahrnehmung „Tinnitus“ zwischenzeitlich immer wieder anderen Sinneseindrücken zuwenden muss. Sein Wahrnehmungsmuster, das neben der Aufnahme auch die Verarbeitung eintreffender Informationen beinhaltet, führt ihn jedoch zu der Annahme, ununterbrochen intensiv mit seinem Ohrgeräusch beschäftigt zu sein. Man könnte von einer Art Fehlwahrnehmung sprechen, die es nun aufzuzeigen gilt.

Das Vorgehen ist derart, dass der Patient in der Therapie in Situationen geführt wird, zu deren Bewältigung seine ungeteilte Aufmerksamkeit erforderlich ist.

Zur gedanklichen Einstimmung hierauf wird mit dem Patienten gemeinsam ein Bild entworfen, an dessen Ausgestaltung er über Hör-, Seh- und Tastsinn aktiv beteiligt wird. Ziel ist, die Funktionsweise menschlichen Wahrnehmens für den Patienten bildlich einprägsam darzustellen und damit im therapeutischen Verlauf – beispielsweise bei der Reflektion praktischer Übungen – leichter abrufbar werden zu lassen. Als Hilfsmittel dienen zwei Geräuschinstrumente in Form zweier äusserlich identischer, verschlossener Behältnisse, jedoch mit unterschiedlichem Inhalt, und eine kreisrunde Fläche (z. B. in Form einer runden Tischplatte). Die erste Aufgabe für den Patienten besteht nun darin, die Dosen nacheinander zu bewegen, ihren Inhalt zu erhorchen und das Gehörte und damit möglicherweise auftauchende Assoziationen, zu beschreiben. Das erste Gefäss ist mit Salz gefüllt, das zweite mit einem kleinen Glöckchen. Oft werden die Geräusche der Salzdose mit Sand in Verbindung gebracht. Zu diesem assoziieren Patienten häufig einen Strand mit Sonne und Meer.

Urlauberinnerungen werden geweckt, nicht selten begleitet von einer plötzlich gelöster wirkenden Körperhaltung und einem angedeuteten Lächeln. Im Gegensatz zur Salzdose weckt die Dose mit dem Glöckchen des Öfteren unangenehme Assoziationen. Das Gehörte wird dann beispielsweise als hart, lärmend, metallisch oder einfach als unangenehm beschrieben und das Behältnis rasch wieder abgestellt. Auch hierbei spiegeln Mimik und Gestik sehr rasch die Empfindungen des Patienten, beispielsweise mit einer in Falten gelegten Stirn, und geben Auskunft darüber, wie der Patient, das was er hört bewertet und dem entsprechend wahrnimmt.

Interessant ist hierbei, die unterschiedlichen Vorgehensweisen zu beobachten. Nimmt sich der Patient Zeit zu horchen? Experimentiert er und lässt sich auf das angebotene Spiel ein? Wartet er auf weitere Anweisungen, was und wie er vorgehen soll, oder bringt er die Aufgabe einfach zielstrebig hinter sich? Wie beschreibt er seine Wahrnehmungen? Wie verändern sich Mimik und Gestik?

In Schritt 2 der Übung werden die vom Patienten benannten Vorlieben aufgegriffen, bieten sie doch die Möglichkeit, jede der Dosen als Symbol für bestimmte Inhalte zu nutzen. Das angenehm feine Geräusch der Salzdose könnte dann nicht nur für die erinnerte Feriensituation, sondern für angenehme Hör- und Sinnesreize ganz allgemein stehen, die unangenehm laute Glockendose für Störgeräusche aller Art. Werden die Geräusche beider Dosen als angenehm oder neutral beschrieben - eine Patientin assoziierte zur Glocke das Spiel ihres Enkelkindes - symbolisieren sie lediglich zwei unterschiedliche Hör- bzw. Sinnesreize, denen sich die ganz bewusste, menschliche Aufmerksamkeit immer nur im Wechsel zuwenden kann.

Schritt 3 der Übung soll versinnbildlichen, wie diese Zuwendung funktioniert. Hierbei fungiert die Kreisfläche als Symbol für den menschlichen Geist, in dessen Zentrum als Ort der maximalen Aufmerksamkeit immer nur ein Objekt mit einem Sinn bewusst erfasst werden kann. Der Patient wird gebeten, eine der Dosen in dieses Zentrum zu stellen. Meist ist es die

Glockendose, die er als Sinnbild seines Tinnitus in den Mittelpunkt rückt (Abb. 5).

Versucht er nun, in einem weiteren Schritt das andere Gefäß in den Mittelpunkt zu stellen, wird die zuerst platzierte Dose automatisch aus dem Zentrum verschoben, da dort nur Platz für eine der Dosen vorhanden ist.

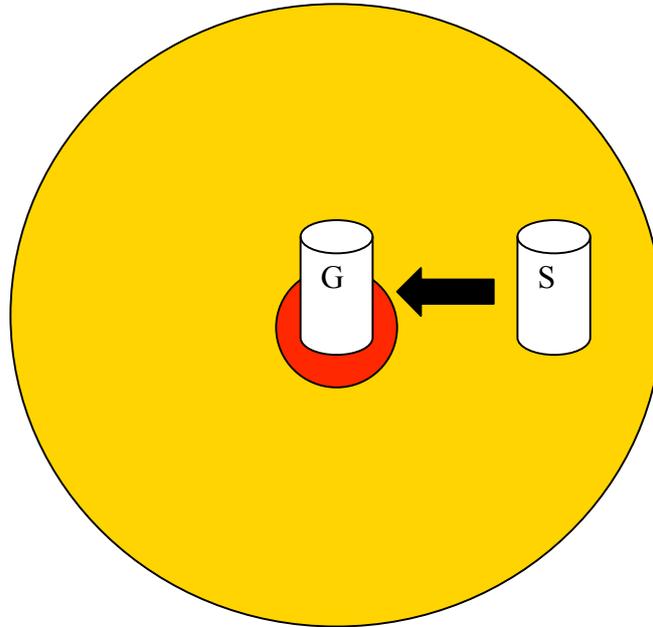


Abb. 5: Modellhafte Darstellung zur Funktionsweise menschlicher Wahrnehmung (G = Glocke, S = Salz)

Der Patient kann nun jeweils eine der Dosen in das Zentrum rücken und verfolgen, wie dadurch die andere automatisch aus der Mitte verlagert wird. Zugleich kann er beobachten, wie angenehme Assoziationen spürbar angenehme Emotionen freisetzen, wenn das feine Rieseln des Salzes beispielsweise plötzlich nach dem letzten Sommerurlaub klingt. Negative Bilder bewirken hingegen das Gegenteil.

9.4.2.2. Multisensorische Wahrnehmungsübungen

Die menschliche Sinneswahrnehmung ist vielschichtig und kann je nach Charaktertyp und Übungsstand sehr vielseitig und differenziert sein. Es besteht ein kompliziertes Zusammenspiel aller menschlichen Sinne. Unsere Sprache bringt das zum Ausdruck, wenn wir beispielsweise von Klangfarbe,

Tonmalerei, schreiendem Rot, kaltem Blau, einer rauen Stimme und ähnlichem sprechen und damit zugleich unsere mit der Wahrnehmung verbundenen Emotionen beschreiben. Der Mensch „hört“ nicht allein über die Ohren. Auch andere Sinne können wichtige Informationen liefern, um beispielsweise eintreffenden Schall besser zu lokalisieren und zu identifizieren.

„Das Wahrnehmen geschieht in einem System, in dem alle sensorischen und motorischen Elemente des Lebewesens integriert sind und zusammenarbeiten.“ (Guski 1996)

Guski hebt hervor: *„...dass einerseits zahlreiche Interaktionen (d. h. gegenseitige Unterstützung, aber auch Korrektur) zwischen den Teilsystemen beobachtet wurden, andererseits beim Wahrnehmen immer auch motorische Steuerung geschieht: Wenn wir z. B. ein Schild an der Wand nicht gut erkennen können, bewegen wir die Füße und gehen auf die Wand zu, um besser sehen zu können; wenn wir hören, dass sich uns ein Auto von hinten nähert, drehen wir uns um, um die Schallquelle in Augenschein zu nehmen.“*

Dabei ist die Funktion der Teilsysteme je nach Situation unterschiedlich:

„Das zweite Beispiel zeigt gleichzeitig einen Fall von Funktionsübergabe zwischen den Teilsystemen: Hier „warnt“ das auditive System, bevor das visuelle eine Chance zum Wahrnehmen hat, dann aber übernimmt das visuelle System die spezifische Informationsaufnahme.“

Eine besonders enge Wechselwirkung bestehe zwischen auditivem und visuellem System. *„Diese beiden Systeme kooperieren im Alltag miteinander in dem Sinne, dass sie sich gegenseitig stützen und gemeinsam mehr nutzbare Informationen aus der Situation ziehen können als ein System allein.“ (Guski 1996)*

Guski weist darauf hin, dass alle menschlichen Sinne aufgrund ihrer unterschiedlichen Präzision hinsichtlich Raum, Zeit, Bewegung und Kraft, unterschiedliche, funktionale Schwerpunkte setzen, wobei die über die Teilsysteme aufgenommenen Informationen zu einem bestimmten Aspekt

der Umwelt miteinander korrespondieren, von einem System in ein anderes übertragbar sind.

„Es ist zu fragen, ob das Gehör nicht auf direktere Weise kinetische Informationen aufnehmen kann, als das Auge: Wenn wir beispielsweise auf der Strasse einen Menschen sehen, der gerade einen Koffer absetzt, können wir ohne auditive Informationen selten entscheiden, ob dieser Koffer gefüllt ist oder leer – dagegen fällt uns diese Entscheidung leicht, wenn wir hören können, wie der Koffer den harten Boden berührt. Unser Gehör profitiert in diesem Fall davon, dass die kleine Kollision zwischen Koffer und Fussboden Schallwellen erzeugt, deren Stärke und spektrale Zusammensetzung stark durch ihre Kraft (Masse des Koffers x Beschleunigung) determiniert ist, d. h. wir können den Schallwellen auf direkte Weise Informationen über die Masse des Koffers entnehmen als auf dem „Umweg“ über die Art der Körperbewegungen, die ein Mensch ausführt, wenn er einen leichten oder schweren Koffer absetzt.“

(Guski et al. 1994).

Im Kontext der gegenseitigen Beeinflussung verschiedener Sinne vertreten Howard und Templeton die Hypothese der Modalitätsgenauigkeit, in der sich das Wahrnehmungsgesamtsystem bei der Lösung eines intermodalen Konflikts nach dem jeweils genauesten Teilsystem ausrichte (Howard und Templeton 1966).

Radeau weist auf die Bedeutung der Aufmerksamkeitsausrichtung des Beobachters hin, die Einfluss darauf nehme, welcher Information er mehr Beachtung schenke (Radeau 1994). So erfordere ein hohes Auflösungsvermögen in einer Sinnesmodalität einen hohen Anteil an Aufmerksamkeit.

Das Zusammenspiel aller Sinne ermöglicht es zugleich, vorhandene Defizite in einer Sinnesmodalität durch eine andere teilweise auszugleichen. Menschen mit einer Sehbehinderung sind besonders in der Aufnahme auditiver, haptischer und olfaktorischer Reize geschult. Menschen mit einer Hörbehinderung lesen regelrecht im Gesicht des Gegenübers.

Die überwiegend multimodale Sinneswahrnehmung des Menschen legt den Schluss nahe, dass auch das Hören zu einem Grossteil durch multisensorisch ausgerichtete Wahrnehmungsvorgänge beeinflusst, häufig ein multimodales Hören ist.

So dienen die im Folgenden beschriebenen Übungen nicht allein der Förderung des subjektiven Hörvermögens als Einzelsinn, sondern haben die Förderung der menschlichen Sinneswahrnehmung in ihrer Vielfalt und in ihrem Zusammenwirken mit dem Hören zum Ziel. Zugleich ermöglichen sie es, sich ganz bewusst Wahrnehmungen in nur einem Sinnesbereich zuzuwenden, um beispielsweise Fähigkeiten und Defizite im Hören zu erforschen oder sich über das Hören im Raum zu orientieren. Ziel ist es, dass sich der Patient als aktiv wahrnehmendes Wesen mit der ihm höchstmöglichen Aufmerksamkeit einem Objekt zuwendet.

Dies geschieht zum Beispiel im Rahmen einer **multisensorischen Blindführübung**, in welcher der Patient durch die verbundenen Augen nur noch wenige, visuell bedingte Informationen (z. B. hell und dunkel) aufnehmen und zur Orientierung nutzen kann und nun in erster Linie über auditive, zum Teil auch haptische und olfaktorische Sinneswahrnehmungen sein Umfeld zu ergründen sucht. Das Ausbleiben visueller Informationen erleichtert es ihm, den Fokus vermehrt auf das Hören zu richten. Mit Hilfe gezielter Anweisungen und Fragen versucht der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten zu lenken und durch die Art der Formulierung auch die Wahl des Sinnes zu beeinflussen, mit welchem sich der Patient einem Objekt oder Ereignis primär zuwendet. Gelingt diese Form gerichteter Aufmerksamkeit, nehmen Patienten ihren Tinnitus während der Übung seltener, zum Teil nicht mehr wahr. Ihre Erfahrungsberichte widmen sich dann vermehrt Hör- und Sinnesreizen ihrer Umgebung, nur untergeordnet dem Tinnitus.

Wichtig ist, die mit den neuen Erfahrungen verbundenen Gefühle, Gedanken und Vorstellungen zu beobachten. So kann die erstaunte Aussage: „Ich habe meinen Tinnitus während der Übung gar nicht mehr gehört!“ für einen Patienten wegweisend sein, indem sie Ausdruck seiner

persönlichen Erfahrung ist, dass mit gerichteter Aufmerksamkeit auch ein Tinnitus aus der bewussten Wahrnehmung verlagert werden kann. Das in Abb. 4 beschriebene, theoretische Bild wird mit der Übung für den Patienten erfahrbar. Damit verbundene Gefühle können von Erleichterung, Sicherheit, Neugier bis zu Entspannung reichen.

Hierbei kann und soll das Hören möglichst neue, positiv erlebte Emotionen wecken. Sich mit geschlossenen Augen auf eine solche Übungssituation einzulassen liefert aus und erfordert Vertrauen in die Führung. Daher ist es ratsam, diese Übung erst nach einer gewissen Zeit, in welcher der Patient Vertrauen zum Therapeuten entwickeln konnte, durchzuführen. Und es ist wichtig, Sicherungsanker anzubieten, die der Patient bei Bedarf setzen kann. Ein solcher könnte beispielsweise darin bestehen, die Übung bei Unwohlsein zu unterbrechen und kurzzeitig die Augen zu öffnen oder auch einfach nur einen Augenblick mit geschlossenen Augen innezuhalten. Der Patient darf und soll seine Bedürfnisse jederzeit äussern. Je sicherer und unbelasteter er der Übung folgt, umso grösser ist die Aussicht darauf, dass es ihm möglich ist, sich den angebotenen Sinnesreizen bewusst zuzuwenden. Seine Eigenverantwortung wird hierdurch betont und mitunter traut er sich mehr zu, als er das unter vermeintlichem Zwang getan hätte.

Fallbeispiel: Frau B. 46 Jahre, Hausfrau

Frau B. braucht einige Zeit, sich an die ihr ungewohnte Art des Wahrnehmens zu gewöhnen und sich auf die Situation einzulassen. Gleich zu Beginn bemerkt sie, dass sie das hier nicht mitmachen würde, wenn sie kein Vertrauen in die Führung hätte. Immer wieder versucht Frau B. ihre Umgebung mit den Händen zu ertasten, sich abzusichern und greift dabei ins Leere. In kleinen, unsicher wirkenden Schritten setzt sie vorsichtig einen Fuss vor den anderen. Nach einigen Minuten wird ihr Gang sicherer. Die deutlich spürbare Anspannung ihres Körpers lässt nach und Frau B. beginnt, ihre Hör- und Sinneswahrnehmungen differenziert zu beschreiben.

Im Anschluss berichtet sie, dass sie durch die Übung ihre Sinneswahrnehmung viel intensiver erlebe. „Ich werde gefühlvoller, achte

viel aufmerksamer auf das was mich umgibt. Geräusche nehme ich mit geschlossenen Augen intensiver wahr.“ Verblüfft bemerkt Frau B., dass sie abgesehen von der anfänglichen Unsicherheit die Übung sogar entspannend finde und unterstreicht ihre Erfahrung mit der Feststellung: „kein Stress“.

Fallbeispiel: Herr W., Bankangestellter

Herr W. leidet vor allem unter Schwindelanfällen, zu deren Abklärung und Bewältigung er in die Klinik gekommen ist. Trotz deutlichen Schwindelempfindungen seit dem Morgen möchte er die Erfahrung machen, wie es sich für ihn anfühlt, mit verbundenen Augen durch den Klinikpark geführt zu werden. Sein Gang wirkt - wie erwartet - zunächst unsicher. Er kommentiert die Situation mit den Worten: „Mein Hirn gibt andere Signale.“ Überraschenderweise wird sein Gang bereits nach wenigen Minuten deutlich sicherer, kein spürbares Schwanken, keine wahrnehmbare Bewegungsunsicherheit mehr. Seine Erfahrungen durch die Übung fasst Herr W. folgendermassen zusammen: „Wenn die Augen nicht funktionieren, findet der Körper den Weg. Er lernt sich selbst zu arrangieren, zu koordinieren, zu führen.“ Herr W. berichtet, dass er sich nach der Übung wahrnehmbar sicherer fühle, ihm nicht mehr schwindlig sei. Befragt nach anderen Sinneswahrnehmungen bemerkt er: „Ich habe die Ohren als Augenersatz. Andere Sinne werden feinfühlicher.“ Im weiteren Verlauf der Therapie berichtet Herr W., dass sich sein Umgang mit dem Schwindel zu verändern beginne. Sein Körper reagiere heute stabiler als früher, wo er sich in einer ähnlichen Situation noch hätte übergeben müssen. Auch seine gedankliche Vorgehensweise sei wichtig. So helfe ihm mitunter der Gedanke: „Jetzt nicht!“, das sich ankündigende Schwindelgefühl zu verringern. Zudem sei körperliche Bewegung hilfreicher, als mit dem Schwindel einfach liegen zu bleiben.

Ein weiteres Beispiel für eine multisensorische Wahrnehmungsübung ist mit **„Der Körper als Instrument“** überschrieben. Der eigene Körper wird hier

mittels Bewegungen bestimmter Körperbereiche zur Geräuscherzeugung eingesetzt. Die Aufmerksamkeit wird dabei zunächst auf die mit den Bewegungen verbundenen Körperempfindungen gerichtet. Dem Spüren folgt das gezielte Hören. Welche Geräusche sind mit einer Bewegung verbunden? Wie klingen sie? Welche Variationen sind möglich? Gelingt es, die Geräusche innerlich nachzuhören?

Über die Art der Körperbewegungen wird es für den Patienten möglich, mit den entstehenden Hörreizen zu spielen, zu experimentieren und diese letztendlich bewusst zu steuern. Der Patient gewinnt damit partiell Einfluss auf Intensität und Beschaffenheit eines Teils der ihn umgebenden Höreindrücke.

Hinzu kommt noch ein weiterer Aspekt. Die Übung wird - wenn möglich - mit einer sanften Massage an und um die Ohren abgeschlossen. Auch hier geht es darum, ausgeführte Bewegungen zu spüren und zu hören. Der Patient berührt hierbei seine Ohren, er erspürt sie und lauscht auf Geräusche, die er durch die Bewegung der Finger an den Ohren, also letztlich auch mit den Ohren erzeugt. Die „Problemzone“ Ohren wird auf beinahe unbedarfte Art in die Übung einbezogen. Man kann die Ohren anfassen, sie bewegen, massieren und anschliessend der entstandenen Wärme in und um die Ohren nachspüren, was viele Patienten als sehr angenehm beschreiben. Nicht selten wecken dabei entstehende Geräusche angenehme Assoziationen. So kann das langsame, sanfte Gleiten der Hände über die Ohren wie Meeresrauschen klingen, die mit der abschliessenden Ohrmassage verbundenen Geräusche an den Ohrmuscheln wie Schritte im Schnee. Das heisst, der Patient kann mit den Ohren angenehme Geräusche und Empfindungen erzeugen, seine Ohren angenehm spüren. Auch bei dieser Übung lassen sich ganz unterschiedliche Vorgehensweisen beobachten.

Fallbeispiel: Frau K., 55 Jahre, Gymnasiallehrerin – Hauptfach Kunst

Frau K. sitzt in aufrechter, dennoch gelöst wirkender Haltung. Mit geschlossenen Augen und entspanntem Gesichtsausdruck wendet sie sich

den Übungsanweisungen zu. Beginnend mit den Füßen führt sie Körperbewegungen sehr achtsam aus. Sie lässt sich viel Zeit, jede ihrer Bewegungen aufmerksam zu verfolgen und auf die damit verbundenen Geräusche zu horchen. Hierbei geht Frau K. sehr kreativ vor, experimentiert mit immer neuen Bewegungsmöglichkeiten, die sie in Wiederholungen erforscht und vergleicht. Dabei scheint es, als ob sie ihre Füße, später auch andere Körperbereiche, über die Ohren steuert. Feine Änderungen in ihrer Mimik, ein leichtes, kaum sichtbares Ausrichten des Kopfes in Richtung der Höreindrücke sind immer dann zu beobachten, wenn sich die Geräusche ändern. Es entsteht der Eindruck, als ob Frau K. versunken und zugleich in wacher Aufmerksamkeit genießt, was sie tut. Die Therapeutin ihr gegenüber scheint sie nur noch wahrzunehmen, wenn neue Übungsschritte anregt werden. Trotz aufmerksamer Beobachtung im Warten auf den für Frau K. günstigsten Augenblick, hat die Therapeutin wiederholt den Eindruck, in das Tun der Patientin beinahe störend einzugreifen. Frau K. bezeichnet die Übung im Anschluss als spannend. Sie wecke auf angenehme Art das Spielerische. Umgebungsgeräusche habe sie während der Übung nur ganz am Rande wahrgenommen. Als besonders angenehm benennt sie die Wärme an den Ohren.

Diese Übung wird von Patienten oft beruhigend empfunden. Nicht wenige von ihnen berichten, dass es durch die Übung gelungen sei, sich endlich selbst wieder intensiv zu spüren, inne zu halten, ganz bei sich zu sein. In Verbindung damit werden häufig Körperbereiche benannt, in denen die Wahrnehmung der Bewegungen leichter fiel, und diese Bewegungen besonders intensiv gespürt wurden. Viele Patienten zeigen sich überrascht, dass es gelingen kann, ausgerechnet mit den Tinnitus geplagten Ohren angenehme Sinnesreize zu erzeugen und wahrzunehmen, Wohlgefühl mit den Ohren hervorzurufen.

Fallbeispiel: Frau C., 40 Jahre, Pflegefachfrau und Geschäftsführerin

Frau C. verfolgt aufmerksam die einzelnen Übungsschritte. Ihre durch die Übung gemachten Erfahrungen bezeichnet sie als „gut“. Die Konzentration auf Hände und Füße sei besonders leicht gelungen. Bei den Beinen sei es schwieriger. Sie bemerke ein Primat des Hörens, indem sie die Übungsschritte stets umgekehrt habe. Zuerst habe sie gehorcht und sich danach auf das Erspüren konzentriert. Das innerliche Nachhören der selbst erzeugten Geräusche sei ihr ohne Probleme gelungen. Die Patientin schildert Assoziationen, die sich rasch mit gelebter Erinnerung verbinden. Das Streichen der Hände über die Ohrmuscheln erinnere sie an das Rauschen der „Hörmuschel“ ihrer Grossmutter, die sie vor kurzem von ihr geschenkt bekam. „Darin höre ich das Meer.“ In Verbindung damit erinnert sich Frau C. an Kindheitserlebnisse mit ihrer Grossmutter auf einem Maiensäss. „Da war ich frei, Berge, Luft. Ich bin gerannt, habe unbekümmert geschrien.“

Welche Wirkung ein Objekt oder ein Ereignis auf den Wahrnehmenden entfaltet, hat neben dem Objekt selbst und der Wahrnehmungssituation immer und entscheidend mit der wahrnehmenden Person zu tun, mit ihren körperlichen und geistigen Möglichkeiten und ihren kognitiven Einstellungen. Diese beeinflussen die Art und Weise, in der sich die Person einem Objekt oder Ereignis zuwendet, welche seiner Eigenschaften sie wie wahrnimmt und bewertet.

Neben körperlichen Voraussetzungen – natürlich beeinflusst beispielsweise eine Hörminderung das Hörvermögen und daraus resultierende Hörstrategien – spielen hierfür gedankliche Voreinstellungen (Voreingenommenheiten) und Erwartungshaltungen eine wichtige Rolle. Sie bestimmen grundlegend mit, welcher Information der Beobachter seine Aufmerksamkeit schenkt, in welcher Form er es tut und wie das Wahrgenommene auf ihn wirkt. Je befangener der Blick, desto begrenzter wird der Handlungsspielraum der wahrnehmenden Person. Vieles nimmt sie nur noch eingeschränkt und selektiv wahr und die Wahrscheinlichkeit

wächst, dass besonders negative Erwartungen in immer gleicher Art und Weise bestätigt werden. Neue, andere Möglichkeiten bleiben zunehmend verborgen.

Im Rahmen multisensorischer Übungen wird mit Hilfe der geschlossenen Augen ganz bewusst eine für den Patienten ungewohnte Situation erzeugt, in der es ihm durch die sehr veränderte Art aufnehmbarer Sinnesinformationen schwer fällt, auf gewohnte Wahrnehmungsmuster zurückzugreifen und die Bewältigung der gestellten Aufgabe nur mit Hilfe neuer, anderer Strategien möglich wird. Neuorientierung steht im Mittelpunkt. Der Weg dahin führt neben dem notwendigen Vertrauen in die Begleitung durch die Therapeutin, im Besonderen über Hör- und Tastsinn (statt visueller Informationen) und damit über ein verändertes Wahrnehmen. Dabei geht es nicht um die bloße Aufnahme anderer, bisher vernachlässigter Sinnesinformationen zur Aufmerksamkeitslenkung. Ziel ist zugleich das Bewusstwerden eigener innerer Haltungen in Bezug auf das Erfassen der Welt und die daraus resultierenden Wirkungen auf den Wahrnehmenden selbst.

Welche gedanklichen Einstellungen bestimmen die Art wahrzunehmen? Ist es die voreingenommene Haltung „Kenne ich alles.“ – oder ist es ein neu Entdecken, ein wirkliches Zuwenden, sich einlassen, verschiedene Facetten einer Sache ergründen? Es geht um intensive Auseinandersetzung statt flüchtiger Wahrnehmung, darum, das eigene Tun zu erkennen, zu hinterfragen und zunehmend so zu gestalten, dass man es geniessen kann. Ob etwas notgedrungen, aus Langeweile oder von ganzem Herzen getan wird, ist in der Wirkung ein grosser Unterschied.

Gelingt es, beim Patienten die Neugier auf neue Sinneseindrücke zu wecken, verändert sich damit unweigerlich auch seine Art wahrzunehmen. Der Fokus weitet sich. Neue Erfahrungen führen zu neuen Sicht- und Wahrnehmungsweisen. Statt Resignation, Ärger oder Angst erwachsen daraus möglicherweise Erstaunen, Neugier, Dankbarkeit und Freude.

9.4.2.3. Hörübungen mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik

Auch bei gezielten Hörübungen mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik, die vor allem subjektive Hörfertigkeiten des Patienten fördern sollen, findet das Zusammenwirken verschiedener Sinne Berücksichtigung.

Ausgangspunkt ist auch hier die spielerische Auseinandersetzung mit Sinneseindrücken und ihren Wirkungen, wobei auch Hörstrategien für Patienten mit spürbaren Einschränkungen im Hörvermögen eine wichtige Rolle spielen.

Nicht jede Hörminderung lässt sich durch entsprechende Handlungs- und Hilfsmittel befriedigend ausgleichen. Thema ist hier, trotz der Beeinträchtigung das vorhandene Resthörvermögen zu nutzen, zu erhalten und vor allem auch wertzuschätzen. Die Trauer über verloren gegangene Fähigkeiten ist menschlich verständlich, auf Dauer jedoch nicht hilfreich.

Auch hier entscheiden Kognitionen über die Art und Wirkung des Hörens und Wahrnehmens. Richtet sich der Patient überwiegend auf erlittene Verluste aus, wird er mit grosser Wahrscheinlichkeit vorhandenes Resthörvermögen tendenziell übersehen und entwerten, statt es – zwar begrenzt und dennoch – als Möglichkeit zu begreifen. Geistige Einstellungen, die dem Patienten Kraft entziehen, werden auch das Hören zusätzlich erschweren.

Ganz anders das Beispiel von Herrn L., der trotz einseitiger Ertaubung und zusätzlicher Hörminderung auf dem noch hörenden Ohr, einen neuen, aktiven und freudvollen Zugang zum Hören suchte.

Fallbeispiel Herr L., 46 Jahre, Fachverkäufer von Soundsystemen

Herr L. ist aufgrund eines Akustikusneurinoms auf dem rechten Ohr ertaubt. Das linke Ohr ist infolge einer Chemotherapie durch eine deutliche Hörminderung betroffen. Seit 2 Wochen trägt der Patient eine CROS-Versorgung, die es ihm ermöglichen soll, wenigstens einen Teil des von rechts eintreffenden Schalls wahrzunehmen. Auffällig ist bereits bei unserer ersten Begegnung, dass Herr L. trotz seiner eingeschränkten Hörmöglichkeiten sehr kommunikativ ist. Er wendet sich dem Gespräch aktiv, sehr

interessiert und freundlich zu und zeigt kaum Schwierigkeiten, den Worten seines Gegenübers zu folgen. Allein die Ausrichtung seines linken Ohres hin zum Gesprächspartner und feine kurzzeitige Änderungen in Mimik und Körperhaltung lassen erahnen, welche Anstrengungen Herr L. unternehmen muss, um dem Gespräch mit dieser scheinbaren Leichtigkeit zu folgen. Das Angebot, die Hörsituation für ihn möglichst komfortabel zu gestalten, lehnt er mit den Worten ab: „Ich passe mich Ihnen an.“ Im Alltag könne er auch nicht erwarten, dass man sich nach ihm richte.

Beeindruckend ist, mit welchem Nachdruck der Patient an seinem Hörvermögen arbeitet, versucht vorhandene Möglichkeiten zu ergründen, zu trainieren und zu erweitern. Herr L. hat als Folge der einseitigen Ertaubung Schwierigkeiten mit der Sprachdiskrimination im Störschall. Das Richtungshören ist ihm gar nicht mehr möglich. Trotz dieser einschneidenden Veränderungen käme er niemals auf die Idee, das Hören aufzugeben. Besonders aus der Musik ziehe er viel Kraft, obwohl er sie heute ganz anders wahrnehme. Durch seine langjährige, berufliche Beschäftigung mit Soundsystemen verschiedenster Qualität habe er vielfältige Hörerfahrungen und damit verknüpfte Hörerwartungen entwickelt. Hören sei sozusagen sein Beruf. Dennoch berühre ihn Musik auch heute noch ebenso wie früher. Nur setze er sie heute anders ein und lebe dabei viel von der Erinnerung. „Musik berührt mich und sie ist mit Erinnerungen und Emotionen verbunden. Letztlich zählt die Emotion, nicht die Qualität.“

Herr L. nimmt seine Situation als Herausforderung an, versucht, ihr einen Sinn zu geben, indem er nicht dabei verweilt, verlorene Fähigkeiten zu beklagen, sondern neue zu entdecken. Für ihn steht im Mittelpunkt, was er mit den sich ihm heute bietenden Möglichkeiten anfangen kann. Das Prinzip Hoffnung trägt ihn durch die Schwierigkeiten hindurch, hilft ihm Leidvolles zu tragen, und eröffnet ihm neue Arten des Hörens und Wahrnehmens.

Auch bei gezielten Hörübungen spielen gedankliche Einstellungen eine ganz entscheidende Rolle, indem sie darauf Einfluss nehmen, ob und in welcher Form vom Patienten Übungs-Erfahrungen gemacht und betrachtet werden.

Ein spielerischer Zugang erleichtert auch hier das Loslösen von festgefahrenen Sicht- und Wahrnehmensweisen und ermöglicht es, neben verschiedenen Sinneseindrücken zugleich eigene Vorlieben und Möglichkeiten zu entdecken, sowohl das Hörvermögen als auch den Umgang mit Geräuschen verschiedener Qualität betreffend.

Das **Hörmemory**, dem eine Art **Hörfilm** vorangestellt wird, soll als ein Beispiel für eine solche Übung näher betrachtet werden. Der Patient wird hierbei aufgefordert, mit geschlossenen Augen das folgende Geschehen im Raum zu erhorchen und seine bildliche Vorstellung dazu zu beschreiben.

Die Therapeutin greift eine Papiertasche aus dem Regal hinter sich und stellt sie auf den Tisch, an dem der Patient sitzt. Anschliessend beginnt sie, darin befindliche, äusserlich identische Dosen mit unterschiedlichem Inhalt auf die Tischplatte zu stellen. Vor dem Abstellen werden die Gefässe mehrfach hin- und herbewegt, so dass die verschiedenen Geräusche (alle in doppelter Ausführung vorhanden) hörbar werden. Mitunter können einige der Dosen auch an anderen Orten (unter dem Tisch, auf dem Regal usw.) platziert werden.

Wie beschreiben nun Patienten die Situation? Ein Grossteil bezieht sich ganz konkret auf die erhorchten Verrichtungen im Raum und kann sie zueinander in Beziehung setzen. Manchmal geschieht es auch, dass Patienten Geräusche zwar recht gut identifizieren, sie jedoch nicht in das erhörte Gesamtgeschehen integrieren können. Sie benennen ihre Höreindrücke nacheinander, ohne den Zusammenhang erkennen zu lassen. Diese Patienten haben zum Teil auch Schwierigkeiten herauszufinden, woher ein Geräusch, ein Klang zu hören sind.

Seltener assoziieren Patienten zu den Geräuschen ihren ganz eigenen Hörfilm.

Fallbeispiel: Frau T., 33 Jahre, Lehrerin

Frau T. beschrieb die folgende Situation: „Eine Frau packt in der Küche hektisch etwas aus. Vielleicht muss sie etwas kochen und es ist schon fast 12 Uhr, oder sie klärt ab, was sie noch zum Kochen braucht. Ihre Einkaufstasche hat einen Klettverschluss und einen Schlüsselanhänger.“

Frau T. entwickelt zu den angebotenen Geräuschen eigene Bilder. Die verschiedenen Geräusche der Dosen erinnern sie an Zutaten im Küchenbereich, der von der Therapeutin bewegte Klettverschluss des Stuhlkissens und die Dosen mit Glöckchen an die Einkaufstasche.

Dem Hörfilm folgt das Hörmemory. Hier erhält der Patient die Aufgabe, gleiche Geräusche einander zuzuordnen. Dazu soll er die Gefässe in die Hand nehmen, bewegen, spüren und horchen. Danach sollen die Geräusche zueinander in Beziehung gesetzt werden, indem sie der Patient von fein nach grob oder nach eigenen Vorlieben sortiert.

In einem weiteren Übungsschritt geht es darum, das Gehörte differenziert zu beschreiben. Wie klingt das, was ich höre? Nehme ich das Geräusch auf beiden Ohren gleich wahr? Welche Variationen der Geräuscherzeugung sind möglich? Wie verändert sich dadurch der Klang? Wie kann ich die Geräusche, die durch die Bewegung der Gefässe entstehen, in Form von Vibrationen spüren? Wie empfinde ich das Gehörte?

Bereits hier entwerfen viele Patienten bildliche Vorstellungen, wobei sie versuchen, auf persönliche Sinneserfahrungen zurückzugreifen und für die Einordnung und Identifikation des Gehörten unterstützend heranzuziehen. Zum Teil geben sie durch ihre Beschreibungen Auskunft über ihre damit verbundenen Assoziationen, Erinnerungen und Empfindungen, wie eine Patientin, die zur Salzdose folgendes assoziierte: „wie Wasser, Sand, Natur – so wie ich gern leben würde“. Deshalb mache sie das Geräusch auch traurig, weil es ihre Sehnsucht nach dieser „heilen“ Welt wecke.

Anschliessend soll der Inhalt mit geschlossenen Augen einer Art Gegenprobe unterzogen werden. Hier hat der Patient die Möglichkeit, den Inhalt zu ertasten, über den Geruchssinn und erneut auch über die Ohren

aufzunehmen und mit den zuvor gemachten Hör- und Tasteindrücken zu vergleichen. Allein das Öffnen des Gefäsdeckels verändert den Klang. Wird der Inhalt ohne Behälter von einer Hand in die andere bewegt, entstehen erneut ganz andere Klang- und Tasteindrücke.

Abschliessend hat der Patient die Möglichkeit, den Inhalt der jeweiligen Dose auch visuell aufzunehmen und erneut mit seinen zuvor gemachten Wahrnehmungen und Vorstellungen in Beziehung zu setzen.

Fallbeispiel Frau S., 60 Jahre, Bankangestellte

Frau S. leidet neben Tinnitus auch unter einer Hyperakusis. Während der Übung erhorcht sie die Verrichtungen im Raum zum Teil und beschreibt das Gehörte bildhaft "wie Heftklammern, Bleistift, Papier".

Die Zuordnung gleicher Geräusche gelingt ihr gut. Hierbei benennt sie Vorlieben und Abneigungen und stellt Vermutungen über das Material im Inneren der Dosen an, die das Gehörte differenziert beschreiben. Den härteren Klang von Teigwaren und Glocke empfinde sie besonders unangenehm. Dennoch scheut sie sich nicht, auch diese Dosen zu bewegen und auf die entstehenden Geräusche zu horchen. Hierbei bemerkt sie Unterschiede zwischen rechtem und linkem Ohr. Auf ihrem empfindlicheren linken Ohr nehme sie die Geräusche wiederholt höher wahr. Die Übung bezeichnet sie als interessant. Sie rege die Neugier an, „zu tüfteln, was ist drin?“ und ermögliche es, sich spielerisch mit dem Hören auseinanderzusetzen. Zum Teil sei damit sogar Freude verbunden. Zudem bemerke sie, dass mit dem wachsenden Interesse an der Klangbeschaffenheit das Störende mancher Geräusche nachgelassen habe. Als Beispiel benennt sie hierfür die Dose mit der Glocke.

Frau S. behält während der Übung die Kontrolle, indem sie selbst bestimmt, in welcher Intensität sie sich den angebotenen Geräuschen aussetzt. Hierbei wagt sie dosiert eine Annäherung, die ihr verdeutlicht, dass die Lautheitsempfindung störender Geräusche durch die Art der Annäherung beeinflussbar ist. Frau S. hilft das Interesse an Klangeigenschaften und das

selbst bestimmte Dosieren der Geräuschintensität bei der Annäherung. Auch den spielerischen Rahmen benennt die Patientin als hilfreich.

Dieser wird auch im folgenden Fallbeispiel hervorgehoben.

Herr G., 33 Jahre, arbeitslos

Herr G. hebt hervor, dass ihm die Übung Freude vermittelt habe, „wie ein kleines Kind zu spielen“. „Ich durfte rätseln, spürte Neugier – habe ich recht oder bin ich daneben. Es war nur ein Spiel.“ Herr G. berichtet, dass er sich unbeschwert gefühlt habe, Spass hatte. Umgebungsgeräusche habe er nicht wahrgenommen. Hin und wieder sei der Tinnitus störend in die Wahrnehmung getreten. Doch er habe sich wieder gut davon lösen und der Übung folgen können. Wenn er sich mit Interesse auf etwas konzentriere, sei das Ohrgeräusch wie weg.

Häufig empfinden Patienten Töne und Geräusche hoher Frequenz als problematisch, was soweit führen kann, dass sie in Verbindung mit bestimmten Höreindrücken Missempfindungen in den Ohren wahrnehmen und alles Helle und Hohe als zu schrill meiden. Aufgabe der Hörübungen soll es neben der Schulung des bewussten, differenzierenden und selektiven Hörens sein, eine schrittweise Annäherung an hohe Frequenzen zu erreichen.

Hierbei bieten neben verschiedenen Instrumenten Vogelstimmen eine natürliche Vielfalt an Möglichkeiten. Der Patient hört (möglichst einheimische) **Vogelstimmen von CD**. Seine Aufgabe besteht darin, jeweils eine der Stimmen zunächst gelöst zu hören. In einem weiteren Schritt soll das Klangmuster des Gesangs erhorcht und zeichnerisch umgesetzt werden. Hierfür bieten sich in ihrer übersichtlichen, beständigen Klangstruktur besonders die Stimmen von Wiedehopf, Kohl- und Blaumeise an, die in dieser Reihenfolge zugleich eine Anhebung der Frequenzen ermöglichen. Je nach Aufnahme sind im Hintergrund weitere

Vogelstimmen und andere Naturklänge wahrnehmbar, die der Patient in einem nächsten Schritt heraushören soll. Dabei muss er sich über die im Vordergrund hörbare, lautere Vogelstimme hinweg, den deutlich leiseren Geräuschen im Hintergrund zuwenden und sie gleich einer „Ohrlupe“ hörend herausgreifen. Werden einheimische Vogelstimmen mit einprägsamen Gesängen gewählt, besteht für den Patienten später die Möglichkeit, diesen je nach Jahreszeit auch in der Natur zu lauschen.

Übungen dieser Art fördern zugleich mögliche, vom Patienten bisher nicht bemerkte Einschränkungen im Hörvermögen zu Tage, wenn ein Patient beispielsweise bemerkt, dass er ein Geräusch auf einem Ohr heller, klarer oder auch dumpfer wahrnimmt, oder gar ein leises Geräusch gar nicht mehr hören kann. Hörminderungen entstehen oft schleichend und sind den Betroffenen selten wirklich bewusst. Je nach Ausprägung können derartige Hörerfahrungen zum Ausgangspunkt werden, das eigene, gewohnheitsmässige Hörverhalten hinsichtlich Art, Dauer und Stärke von Schalleinwirkungen zu überdenken und ebenso bestehende Vorbehalte bezüglich vom HNO–Arzt verordneten Hörgeräten abzubauen. Immer wieder äussern Patienten die Sorge, mit dem Tragen eines oder mehrerer Hörgeräte verschlechtere sich ihr vorhandenes Resthörvermögen schneller. Aufklärung und vergleichendes Hören mit und ohne Geräte kann hierbei die Unterschiede in der Qualität des Hörens für den Patienten verdeutlichen und helfen, bestehende Sorgen zu mindern. So ist es für den Patienten wichtig zu wissen, dass das rechtzeitige Tragen einer Hörhilfe dazu beiträgt, vorhandenes Hörvermögen zu erhalten, statt es zu verschlechtern.

Fallbeispiel: Herr L., 49 Jahre, Handwerker und Hobbygitarrist

Herr L. leidet seit einer Tympanoplastik auf dem rechten Ohr unter einem persistierenden, hochfrequenten, rauschenden Ohrgeräusch und bekam von seinem HNO–Arzt ein Hinter-dem-Ohr–Hörgerät für dieses Ohr verordnet, welches er bisher nicht regelmässig trägt. Er wolle das rechte Ohr trainieren, auch ohne Hörgerät besser zu hören. Während einer

Hörübung bemerkt er grosse Unterschiede im Hörerleben zwischen rechtem und linkem Ohr. Links habe er die Geräusche wie Musik, hell und angenehm empfunden, rechts dunkel und dumpf.

Herr L. wird daraufhin gebeten, das Hörgerät anzulegen. Erneut wendet er sich nun den angebotenen Geräuschen zu und bemerkt von selbst eine deutliche Verbesserung der Hör- und Klangqualität. Das Hören sei leichter, angenehmer und heller. In den folgenden Tagen bemerkt er zudem, dass er durch das vielfältigere Hören häufig sein Ohrgeräusch weniger intensiv wahrnehme.

Neben Möglichkeiten zur Hörverbesserung spielt auch der Schutz des Hörvermögens eine bedeutsame Rolle. Gerade jüngere Patienten sind sich möglicher Gefahren bezüglich Schallintensität und Dauer der Einwirkung nicht immer bewusst. Wenn man bedenkt, dass der Spitzenschalldruck in Discotheken ca. 115 dB betragen kann und es möglich ist, mit wenigen Handgriffen vom Hersteller vorprogrammierte Schallbegrenzungen an handelsüblichen iPods und MP3-Playern ausser Kraft zu setzen, wird deutlich, wie dringend notwendig Aufklärung im Bereich des Hörens geworden ist. Hinzu kommt, dass die Musik heute deutlich lauter abgemischt wird, also an sich schon lauter aufgenommen wird.

9.4.3. Das Musikhörtraining

Wir alle hören Musik und tun es auf unsere ganz eigene Art und Weise, was bedeutet, dass es neben der unglaublichen Vielfalt an Musik auch ganz unterschiedliche Möglichkeiten gibt, sich ihr zu nähern und mit ihr auseinanderzusetzen. Jeder hat dabei seine ganz persönlichen Hörerfahrungen, die sich gleich einer Art Biographie des Hörens über unser ganzes Leben erstrecken. So können die meisten Menschen verschiedene Phasen des Musikhörens in ihrem Leben beschreiben, wobei eine neue Lebensphase oft mit einer neuen Musik, einer anderen Art des Hörens verbunden ist. So erinnert sich vielleicht mancher von uns an Schlaflieder als

beruhigendes Ritual zur Nacht oder an Musik, die ihn als Jugendlicher begleitet hat.

Hören wir diese Musik später erneut, tauchen unwillkürlich die damit verbundenen Erinnerungen und Empfindungen in uns auf, meist ein Leben lang.

„Wenn es besonders gut geht, das Musikhören, sind wir ganz die Musik; sind was wir hören. Das kann berauschend sein, überwältigend, erregend, erschütternd, aufwühlend oder still, beruhigend, auflösend, begeisternd oder erhebend. Das hängt von der Musik ab und von uns...Bilder steigen in uns auf, Erinnerungen, längst Vergessenes oder noch nicht Dagewesenes, Irreales oder ganz Banales.“ (Frohne-Hagemann 2004)

Decker-Voigt bemerkt hierzu: *„Hier liegt der Schlüssel zum Wiederbeleben der persönlichen Kraftquellen, die oft genug verschüttet worden sind. Musik berührt und bewegt uns in diesen tiefen Schichten nicht nur im Sinne eines Wortspiels.“* (Kellerhals et al. 1998)

Neben persönlichen Erfahrungen sind die verschiedenen Formen des Musikhörens zugleich an bestimmte kulturelle, gesellschaftliche und ökonomische Voraussetzungen gebunden. Allein die Existenz von Tonträgern ermöglicht eine ganz andere Verfügbarkeit von Musik, die in der jüngeren Vergangenheit neue, andere Situationen des Hörens hervorgebracht hat. Musik ist heute fast allgegenwärtig und fast nur noch im privaten Raum selbst regulierbar.

Die rezeptive Musiktherapie weist eine grosse Vielfalt klinischer und anthropologischer Zielrichtungen und Praxisfelder auf. Die Funktion der Musik ist in diesen Methoden unterschiedlich und oft auch gemischt. Methoden mit klinischer Zielsetzung können Musik als Hintergrundmusik oder als Medium benutzen, um z. B. die Wahrnehmung zu trainieren oder Strategien zur Tiefenentspannung zu erlernen.

Andere Methoden geben der Musik selbst Raum und Bedeutung. Die Musik ist hier weniger Medium und Mittel zum Zweck, als dass sie selbst zum musikalischen Erlebnisraum oder Behältnis wird. In jedem Fall verlangt die Rezeptive Musiktherapie eine Kultur des Zuhörens.

In der Musikpsychologie versteht man unter dem Begriff „Musikrezeption“ „die verstehende und geistig erfassende Aufnahme von Musikstücken“. Gemeint sind Qualitäten wie das Zuhören, empfänglich werden, sich über die Musik auf das eigene Erleben einlassen zu können, mit der Musik sich selbst orte zu lernen. Zuhören bedeutet aktiv werden, bewusst wahrnehmen, bewusst erleben. Daraus folgt, dass die Rezeption von Musik ein sehr aktiver Vorgang sein kann und Musik eigentlich erst dann entstehen kann, wenn man ihr zuhört, hinhört und sich in Verbindung mit ihr auf das Erleben einlässt (Frohne-Hagemann 2004).

Straus bemerkt hierzu: *„Es ist der Mensch, der Musik hört, nicht das Ohr und nicht das Gehirn.“* (Straus 1956)

Doch Musik hat offensichtlich noch eine weitere Dimension, die über das Wahrnehmen und Verarbeiten eigener Befindlichkeit weit hinausgehen kann. Die Rede ist von geistigem Wachstum, Erkenntnis und Erlösung schlechthin, die den wirklich aufmerksam der Musik zugewandten Hörer auf eine höhere Bewusstseinsstufe heben, ihn erlösen kann.

Zsok hat eine ganze Reihe von Zitaten bedeutender Philosophen, Musiker, Komponisten, Musikhörer und Theologen zusammengetragen, die sich in ihren Äusserungen dabei explizit auf die grosse abendländische Musik beziehen (Zsok 1998). Besondere Erwähnung findet dabei neben Beethoven und Bach ganz besonders Mozart, dessen Musik selbst kulturelle Grenzen zu überschreiten scheint und den schweizerischen Theologen Karl Barth zu folgendem Bekenntnis bewegte:

„Ich habe zu bekennen, dass ich (dank der nicht genug zu preisenden Erfindung des Grammophons) seit Jahren und Jahren jeden Morgen zunächst Mozart höre und mich dann erst (von der Tageszeitung nicht zu reden) der Dogmatik zuwende. Ich habe sogar zu bekennen, dass ich, wenn ich je in den Himmel kommen sollte, mich dort zunächst nach Mozart und dann erst nach Augustin und Thomas, nach Luther, Calvin und Schleiermacher erkundigen würde.“ (Barth 1982)

Barth vermutet, dass es das Spielerische sei, „ein kindliches Wissen um die Mitte – weil um den Anfang und um das Ende – aller Dinge“, das ihm in der Musik Mozarts begegne.

Der französische Arzt und Philosoph Tomatis gelangte durch seine Forschungen zur Überzeugung, dass die Musik Mozarts universell sei und unabhängig von kulturellen Unterschieden überall auf der Welt verstanden werden könne (Tomatis 1997). Auch der Jesuitenpater Nemeshegyi Péter machte als Dozent für abendländische Kultur an der katholischen Universität Sophia in Tokio Erfahrungen, die ihn zu ähnlichen Schlüssen gelangen liessen:

„Ich habe erfahren, wie sehr meine japanischen Studenten sich begeistern konnten, wenn ich mit ihnen Mozart gehört habe. Eine vor zweihundert Jahren, auf der anderen Seite der Erde komponierte Musik gab ihnen Trost, Seelenfrieden, Freude und schenkte ihnen Begeisterung. Die musikalische Sprache Mozarts versteht jeder.“ (Nemeshegyi 1994)

Nemeshegyi sieht vor allem in der Musik Mozarts ein angemessenes Medium, die innige Beziehung zwischen Musik und Religion zu verdeutlichen (Zsok 1998). Beide wurzelten in einer „mit Worten nicht sagbaren Wirklichkeit“. Sowohl Religion als auch Musik versteht er als Ausdruck der gesamtmenschlichen Natur, die beide universal, „zugleich in die tiefste Tiefe eines jeden menschlichen Herzens“ dringen können und dabei Geist und Form erfordern. Er bezeichnet sie als göttliches Geschenk, als Gnade: „Sowohl die Musik als auch die Religion sind Geschenk, Gnade.“ (Nemeshegyi 1994)

Beethoven bemerkte: „Je mehr aber die Seele ihre sinnliche Nahrung aus ihr (aus der Musik) schöpft, je reifer wird der Geist, zum glücklichen Einverständnis mit ihr. – Aber wenige gelangen dazu, denn so wie Tausende sich um der Liebe willen vermählen und die Liebe in diesen Tausenden sich nicht einmal offenbart, obschon sie alle das Handwerk der Liebe treiben, so treiben Tausende einen Verkehr mit der Musik und haben doch ihre Offenbarung nicht.“ (Kastner 1975)

Nach Zsok war es Beethoven wichtig, über die Musik eine Beziehung zum Hörer herzustellen, ihn in den schöpferischen Prozess seiner Kompositionen einzubeziehen. So äusserte er gegenüber Bettina von Arnim:

„Sprechen Sie dem Goethe von mir, sagen Sie ihm, er soll meine Sinfonien hören, da wird er mir recht geben, dass Musik der einzige unverkörperte Eingang in eine höhere Welt des Wissens ist, die wohl den Menschen umfasst, dass er aber nicht sie zu fassen vermag...Sich selbst ihren unerforschlichen Gesetzen unterwerfen, vermöge dieser Gesetze den eigenen Geist bändigen und lenken, dass er ihre Offenbarung ausströme...So vertritt die Tonkunst allemal die Gottheit, und das menschliche Verhältnis zu ihr ist die Religion; was wir durch die Kunst erwerben, das ist von Gott, göttliche Eingebung, die den menschlichen Befähigungen ein Ziel steckt, das er erreicht.“ (Kastner 1975)

Beethoven spricht davon, den eigenen Geist in einer Art Lernprozess zu bändigen und zu lenken, um den Weg in eine höhere Welt des Wissens zu finden. Dieses Wissen werde uns durch die Kunst vermittelt.

Arthur Schopenhauer (1788-1860) war der Überzeugung, dass das tiefste Innere unseres Wesens in der Musik zum Ausdruck komme, die Musik im Grunde ein geheimes Philosophieren, eine unbewusste metaphysische Übung des Geistes sei und nicht irgendeine Gefühlsregung, sondern die Freude, die Betrübnis, den Schmerz, das Entsetzen, den Jubel „in abstracto“ zum Ausdruck bringe. Er verglich das Hören einer grossen, schönen Musik mit einem reinigenden Bad für den Geist (Schopenhauer 1988).

Es liessen sich noch viele weitere Zitate anfügen, in denen immer wieder die enge Verbindung von Musik, Seele und Geist bis hin zum Göttlichen, Lichtvollen zur Sprache kommt. Die Musik bringt innerste, nicht in Worte fassbare Gefühlsregungen des Menschen zum Ausdruck und kann dessen Geist zu Reife und Erkenntnis führen. Doch nicht jede beliebige Musik ist dazu geeignet.

Beethoven wies auf die Notwendigkeit hin, dass der Komponist beim Erschaffen einer Musik durch göttliche Inspiration geleitet werde.

„Ja, von oben muss es kommen, was das Herz treffen soll, sonst ist es nur Notenkörper ohne Geist, nicht wahr?“ (Muthmann 1984)

Welche Funktion, welche Bedeutung hat nun Musik bei der Behandlung von Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis? Ist sie das am Eingang des Kapitels erwähnte Mittel zum Zweck oder Erlebnisraum?

Decker-Voigt bemerkt zur Rolle der Musik folgendes: *„Es wäre völlig verfehlt, Musik in diesem Zusammenhang nur als Ablenkung, nur als Unterhaltung zu werten. Musik ist ein wichtiger Nahrungszustrom für den psychisch-emotionalen Haushalt des Menschen.“* (Kellerhals et al. 1998)

Musik kann beides zugleich sein, Hilfsmittel und Erlebnisraum. Bewusstes Musikhören erfordert Aufmerksamkeit und trainiert somit ganz automatisch die Fähigkeit des Patienten sich tinnitusfernen Hörreizen zuzuwenden. Doch in erster Linie ist Musik etwas, das den Menschen auf emotional-seelischer und – wenn man den Sichtweisen Beethovens und vieler anderer folgt – auch auf geistiger Ebene nähren, erleuchten und zu einer Form von Heilsein führen kann, die - weit über menschliches Verstehen hinausgehend - auch eine spirituelle Dimension hat. Doch dieser spirituelle Gehalt der Musik erschliesst sich dem Hörer nicht automatisch. Es sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich, um diese höhere, mit Worten schwer zu beschreibende Bewusstseinsstufe zu erlangen.

„Wie weit man in der Erfahrung dieses erhöhten und erweiterten Bewusstseinszustandes gehen kann, liegt an jedem Hörer selbst, an seiner Beharrlichkeit und an seinem Ernst.“ (Balan 1994)

George Balan gründete 1979 die Musicosophia-Schule. Hierbei handelt es sich um die weltweit erste Schule, die sich intensiv mit dem bewussten Musikhören auseinandersetzt, sich also an den Musikhörer wendet (Balan 1992). Balan vertrat die Ansicht, dass man um Musik verstehen zu können, ihrer Botschaft etwas entgegen bringen müsse.

„Was konnte ich aber der Musik geben, nachdem ich auf mein Schulwissen verzichtet hatte und zu einem nichtwissenden Hörer geworden war? Ich

konnte ihr nur meine Liebe, meine restlose und unbedingte Liebe schenken, die aber vor dem Geist unendlich mehr bedeutet als das Wissen.“ Er wies darauf hin, „dass die Musik für den Hörer nicht durch ihre ästhetischen, stilistischen und anderen Besonderheiten wichtig ist, sondern durch ihre Fähigkeit, die Fragen zu beantworten, die mit den grossen Themen des menschlichen Daseins verbunden sind: Schicksal, Liebe, Einsamkeit, Tod, Sinn des Lebens.“ (Balan 1994)

Es geht um ein hingebungsvolles, aufmerksames Hören von Musik, ein Hören, welches sich nicht allein auf angenehme Empfindungen ausrichtet, sondern nach „dem Verborgenen“ sucht.

„Immer wenn die Musik uns zulächelt, sollen wir darin die freundliche Aufforderung sehen, ihre inneren Bereiche zu betreten, wo wir andere Erfahrungen machen werden.“ (Balan 1986a)

Das Vorgehen bei seiner Arbeit umschrieb Balan folgendermassen:

„Ich darf keinen Ton überhören! Das bedeutet, dass ich ein Musikstück als Ganzes wie im Detail so oft angestrengt lauschend verfolge, bis mir das Denken des Komponisten transparent wird.“ (Balan 1994)

Zugleich betont Balan, dass der Hörer neben Komponist und Interpret am Entstehen der Musik beteiligt ist.

„Als dritter Schöpfer neben Komponist und Interpret muss der Hörer tatsächlich der gehörten Musik in seinem Inneren zu einem neuen Leben verhelfen.“ (Balan 1986b)

Musik kann im Hörer nur lebendig werden, wenn er sich ihr bewusst und offen zuwendet, für die Musik empfängsbereit ist. Das setzt voraus, er will die Musik hören, er ist neugierig und richtet sich mit seiner ganzen Aufmerksamkeit auf die Musik aus.

Um eine Musik wirklich kennen zu lernen, sind Hörerfahrungen erforderlich. Diese können sich vor allem durch wiederholtes, bewusstes Hören entwickeln. Wiederholungen ermöglichen zudem das Erproben verschiedener Arten des Hörens, die sich auch auf bestimmte Abschnitte einer Musik richten können. Mit der heutigen Technik ist es möglich, sie immer und immer wieder zu hören. Wird der Hörer mit einer Musik vertraut,

wächst in ihm zugleich die Fähigkeit, sie innerlich voraus zu hören. Patienten umschreiben diese Erfahrung oft mit erhöhtem Hörgenuss, mit Vorfreude auf die kommenden Klänge, die häufig mit angenehmen Bildern und Empfindungen verbunden sind.

Ausserdem ist es wichtig, die Musikauswahl bewusst zu treffen. Was will ich hören? Warum? Welche Erwartungen sind mit dem Hören verbunden?

Für Patienten mit Tinnitus und/oder Hyperakusis ist der Zugang zu Musik mitunter schwierig. Sei es dadurch, dass Patienten aufgrund ihrer Beschwerden aktuell gar kein Bedürfnis verspüren, Musik zu hören, oder dass ihr Umgang mit Musik ein eher zweckgebundener, wenig bewusster ist und sie über ihre Beziehung zu Musik kaum nachdenken. Das was sie hören wird dann meist durch äussere Zufälle bestimmt, durch das was alltagsbegleitend im Radio oder über MP3-Player gerade läuft. Ein Grossteil so unbedacht konsumierter Musik wird gar nicht richtig wahrgenommen.

„Die Musik, die heute rund um die Uhr zu hören ist, berieselt uns. Wir nehmen sie wahr, aber nicht auf.“ (Kellerhals et al. 1998)

Diesen Patienten fehlt die Gabe des wirklichen Hinhörens. Ihre Aufmerksamkeit wird durch die sie umgebende Musik nur dann geweckt, wenn sie durch irgendetwas aus dem vertrauten Rahmen fällt.

Decker-Voigt macht darauf aufmerksam, dass das Hörverhalten vieler Menschen durch das Überangebot von Musik beeinflusst wird, sie es verlernen, konzentriert zuzuhören (Kellerhals et al. 1998).

Auch Tomatis betont, dass neben dem körperlichen und psychischen Befinden auch die menschlichen Hörfähigkeiten unter einem Zuviel an Beschallung Schaden nehmen.

„Wenn die Umgebung allerdings von Geräuschen erfüllt ist, die den Eigenschwingungen des Individuums entgegenstehen, geht nach kurzer Zeit das Gleichgewicht verloren und die innere Dynamik wird zunehmend geschwächt, je länger die Lärmbelästigung anhält....In Wirklichkeit hat er (der Mensch) die Fähigkeit zum Zuhören verloren. Es kostet ihn eine derartige Anstrengung, dass er es lieber gleich bleiben lässt. Er lebt in einem

Zustand der Teilnahmslosigkeit, die der Kakophonie in seinem Inneren gleichkommt.“ (Tomatis 1997)

Man könnte davon sprechen, dass Menschen in einer solchen Lage das Bewusstsein für ihr Hören verloren oder nie richtig entwickelt haben.

Ihr Wahrnehmen wird häufig – sei es aus Bequemlichkeit oder Unvermögen – durch Vorurteile bestimmt. Am deutlichsten wird das in der Therapie meist dann, wenn es um die Berührung mit so genannter klassischer Musik geht.

Schwabe sieht in der Konzertmusik der letzten 250 Jahre eine unversiegbare Quelle an Werken, die alle Dimensionen menschlichen Seins umfasse. Er spricht von einer „Harmonisierung der gesamten Persönlichkeit“ durch einen meditativen Zugang zur Musik (Schwabe und Stein 2000).

Bonny beschäftigte sich in der von ihr entwickelten „The Bonny Method of Guided Imagery and Music“ intensiv mit den Wirkungen klassischer Musik auf das menschliche Bewusstsein und stellte dabei fest, dass diese Art Musik neben der Bewältigung unbewusster Konflikte auch „*sehr schöne, heilsame und nährenden Erfahrungen auszulösen vermochte*“ (Frohne-Hagemann 2004).

Es geht hier nicht darum, allein der abendländischen Musik das Wort zu reden. Gerade die Vielfalt verschiedenster Stilrichtungen macht die Erfahrung „Musik“ so lebendig und interessant, und in der Musik- und Hörtherapie ist darum von Urklängen über Klassik, Pop, Rock bis zu Weltmusik alles möglich. Sondern es geht darum, gerade für diese Vielfalt Ohr, Herz und Verstand zu öffnen, um danach auf der Basis persönlicher Hörerfahrungen eine ebenso persönliche und bewusste Auswahl zu treffen, die sich – wie zu Eingang dieses Kapitels erwähnt – angelehnt an verschiedenste Lebenserfahrungen immer wieder verändern kann. Hinzu kommt ein weiterer Aspekt. Aufgrund mangelhaft ausgebildeten Hörbewusstseins haben Patienten zum Teil nur sehr begrenzte Erfahrungen mit unterschiedlichen Stilrichtungen, was sich bereits in einer gewissen Ratlosigkeit ausdrückt, wenn es darum geht, Musik auszuwählen. Hier besteht die Möglichkeit, über das Angebot ihnen unvertrauter Musik

Hörerfahrungen und damit verbundenes Erleben zu weiten und zu bereichern.

Es wäre völlig verfehlt, dem Patienten eine Musik aufzuzwingen. Doch liegt es in der Hand des Therapeuten, Angebote zu machen, die der Patient annehmen oder ablehnen kann.

Natürlich nimmt in diesem Moment der Therapeut Einfluss auf den Patienten in Form von Übertragungsprozessen. Die Auswahl der Musik erfordert darum vom Therapeuten neben profunder musikalischer Bildung ein hohes Mass an Einfühlungsvermögen und Gespür. Er muss sich mit der Frage auseinandersetzen, welche Bedürfnisse er beim Patienten wahrnimmt und welche Ziele er aus therapeutischer Sicht mit der Musik verfolgt.

Cramer erwähnt in diesem Zusammenhang die „Balance-Theorie“ nach Heider, wonach ein Patient versuchen wird, seine Einstellung zu einem Objekt und zu einer mit diesem Objekt in Verbindung stehenden Person zu harmonisieren, in Übereinstimmung zu bringen. Das bedeutet, lehnt ein Patient eine Musik normalerweise ab, wird er sie bei guter Beziehung zum Therapeuten möglicherweise dennoch positiv beurteilen. Lehnt er neben der Musik auch den Therapeuten ab, wird er seine Meinung über die Musik nicht verändern, da sich der Therapeut und die von ihm angebotene Musik im Einklang befinden (Cramer 2002).

Die Äusserungen des Patienten zur Musik können darüber Auskunft geben, ob er eine Musik wirklich mit Interesse oder nur dem Therapeuten zuliebe hört. Wiederholtes Hören kann bei der Annäherung an die Musik hilfreich sein und dazu führen, dass der Patient eine Musik tatsächlich neu für sich entdeckt.

Insofern vollführt auch der Therapeut einen Balanceakt, wenn er aus therapeutischen Erwägungen heraus den Versuch unternimmt, einem Patienten trotz spürbaren Vorbehalten eine bestimmte Musik anzubieten und ihn im Prozess des Hörens zu begleiten. Hinzu kommt, dass situative Bedingungen in Bezug auf das Hören, sowie die aktuelle, individuelle Disposition des Hörers grundlegend Einfluss darauf nehmen, wie Musik erlebt

wird. So ist es möglich, dass ein und dasselbe Musikstück in unterschiedlichen Situationen ebenso unterschiedliche, zum Teil konträre Wirkungen beim Hörer hervorruft.

9.4.3.1. Ziele und Vorgehensweisen des Musikhörtrainings

Wenn in der MHT dem Patienten Musik angeboten wird, geschieht dies unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Musik als Kraftquelle in Form von „Seelenenergie“

Befragt man Patienten, welche Bedeutung der Musik in ihrem Leben zukommt, fällt es manchem mitunter schwer, Empfindungen adäquat in Worte zu fassen. Dort wo es Patienten jedoch gelingt, ihre Erfahrungen zu schildern, wird immer wieder deutlich, wie enorm wichtig Musik für jeden von ihnen ist, besonders dadurch, dass sie Einfluss auf die Gefühlswelt des Hörers nimmt, ihn dabei unterstützt bestimmte Stimmungen zu erzeugen, bzw. vorhandene Befindlichkeiten auszuleben.

Im Folgenden einige Fallbeispiele:

Herr C., 28 Jahre

„Wenn ich keine Musik höre funktioniere ich wie ein Roboter. Mit Musik kommen Emotionen hoch. Je nachdem kann die Musik die Stimmung verbessern oder verschlechtern. Schnelle Musik stellt mich auf.“

Herr G., 33 Jahre

„Musik ist ein sehr wichtiger Punkt in meinem Leben, wie Medizin.“

Frau B., 25 Jahre

„Mit Musik versetze ich mich in meine eigene Welt, kann träumen. Es wäre seltsam, ohne sie zu leben.“

Frau B., 46 Jahre

„Musik schenkt Zufriedenheit, macht stark. Ich kann meine Gedanken sortieren.“

Vorrangiges Ziel ist, Musik als Kraftquelle zu erfahren. Sei es dadurch, dass sie dem Patienten hilft, vorhandene Spannungen abzubauen, oder er mit ihr in eine Welt des Erlebens eintauchen kann, die es ihm ermöglicht, seine Gefühle, Wünsche und Träume auszuleben oder – wie Frau B. sagt – eigene Gedanken zu sortieren. Es geht um die Heilwirkung von Musik, die dem Hörer Stabilität, Geborgenheit, Unbeschwertheit oder Bestätigung geben, und auch Neues, mitunter Unerwartetes entdecken und - wenn nötig - einer Lösung zuführen kann.

Für den einen wird sie damit zur „Auszeit auf der Hörinsel“, fern ab von Sorgen und Problemen, für den anderen zur Entdeckungsreise in die Welt des eigenen Erlebens in und durch die Musik. Interessant ist, dass Patienten nur in seltenen Fällen Musik zur Maskierung ihres Ohrgeräusches einsetzen, oder darüber zumindest nachdenken. Hauptgrund Musik zu hören, bleibt auch mit Tinnitus und Hyperakusis die Musik als Erlebniswelt, wenngleich das dadurch veränderte Hörerleben zu Veränderungen im Hörverhalten führen kann und mancher zunächst den geschmälerten Hörgenuss betrauert. Dennoch geben Patienten nur selten an, aufgrund des Tinnitus kaum bis gar keine Musik mehr zu hören. Wenn dies geschieht, spielen meist psychische Beeinträchtigungen eine gewichtige Rolle.

2. Schulung bewussten Hinhörens – Hörbewusstsein, Hörverhalten und Hörerfahrungen

Das Hören soll ganz bewusst erfolgen. Es soll – wie Balan sagt – möglichst kein Ton der Musik überhört werden. Diese Aufforderung an den Patienten umfasst neben selektiven Formen des Hörens auch immer die eigenen Befindlichkeiten ausgelöst durch die Musik. Es geht darum, auf die ureigensten, inneren Töne zu horchen. Wie fühlt sich der Patient mit der Musik? Welche Bilder tauchen in ihm auf? Sind damit spürbare körperliche

Veränderungen verbunden? Hat der Patient beispielsweise das Gefühl, zur Musik zu schweben, oder fühlt sich gegenteilig geerdet? Hat er das Bedürfnis, sich zur Musik zu bewegen, wenn ja, in welcher Form? Fördert die Musik in ihm etwas zu Tage, das der Bearbeitung und Lösung bedarf?

Ziel ist es, Bewusstheit für das Hören zu entwickeln, Interesse an dieser Bewusstheit und am Hören allgemein zu wecken und über die bewusste Auseinandersetzung mit der Musik eigene Erfahrungen zu sammeln. In dieser Form wird das Musikhören bereits zum Wahrnehmungstraining, in dem der bewusst hörende Patient Eigenschaften und Wirkungen der Klänge detailliert beobachtet und reflektiert.

3. Schulung des subjektiven Hörvermögens

So wie Musiker durch den bewussten Umgang mit Musik ihr Gehör ganz automatisch schulen, kann auch das Hörvermögen von Patienten gefördert werden. Das Musikhören bietet hier verschiedene Möglichkeiten, die sich neben der Konzentration auf psychische und physische Befindlichkeiten, auf Eigenschaften der Musik selbst ausrichten. Eine Möglichkeit könnte sein, auf bestimmte Instrumente oder Stimmen eines Musikstücks zu horchen oder seine dynamische Bandbreite zu beobachten und wenn möglich auch in entsprechenden Körperbewegungen umzusetzen. Wie klingt die Musik, wenn ich mich auf die Bassstimmen konzentriere? Welche Stimmungen werden in der Musik wie ausgedrückt? Welche artikulatorischen Besonderheiten sind hörbar?

Bereits die Einstellung der Lautstärke kann Auskunft über das subjektive Hörempfinden eines Patienten geben. Stellt er aufgrund einer Hörminderung oder einfach aus Gewohnheit Musik tendenziell lauter ein? Reguliert er die Musik so stark zurück, dass sie gerade noch hörbar ist? Welche Beweggründe führen ihn dazu?

4. Bewusste Aufmerksamkeitslenkung (selektives Hören)

Gelingt dem Patienten die Konzentration auf das Hören und die damit verbundenen Spielarten, ist das ein Zeichen dafür, dass er seine

Aufmerksamkeit bewusst zur Musik lenken konnte. Beschreibt er das Hören ausserdem als genussvoll oder fühlt sich durch die Musik in besonderer Weise angesprochen, berührt und bewegt, ist dies ebenso Ausdruck einer sehr intensiven Auseinandersetzung mit der Musik. Diese wiederum setzt gelenkte Aufmerksamkeit voraus.

5. Annäherung an normale Schallstärken bei Hyperakusis – Umkehr eines vorhandenen Hörrückzugs – Umgang mit Musik im Alltag

Geräuschüberempfindlichkeit verführt den Patienten leicht dazu, Musik generell sehr leise einzustellen. Ausgehend von der vom Patienten gewählten Tonstärke sollte nach und nach der Versuch unternommen werden, diese anzuheben. Wie weit dies geschieht, sollte der Patient bestimmen. Auch die Annäherung an hohe Frequenzen ist mit Musik leichter möglich, da sie diese in einer dem Patienten angenehmen Form darbieten kann. Manchmal ist die Musik für den Patienten so ergreifend, so schön, dass er ihre hohen Töne ohne Probleme hören und in sich aufnehmen kann. Eine Rolle spielen neben der Einbettung in das musikalische Gesamtgeschehen sicherlich auch unterschiedliche Klangqualitäten der Instrumente, die je nach Vorlieben vom Patienten unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt werden.

Vorgehensweise:

An erster Stelle steht die Musikauswahl, die sich einerseits an Vorlieben des Patienten orientiert, andererseits nach oben benannten, therapeutischen Zielsetzungen ausrichtet. So sollte Musik natürliche Klänge enthalten und sowohl rhythmisch, melodisch als auch dynamisch Differenzierungen aufweisen, die den Hörer weder über- noch unterfordern, ihm jedoch Spielraum bieten, sich mit ihr bewusst und interessiert auseinanderzusetzen. So dürften beispielsweise viele der heute gängigen esoterischen Entspannungsmusiken mit denen sich gerade Tinnitus-Patienten gern umgeben, die Konzentration des Hörers eher mindern, statt das bewusste Hinhören zu unterstützen. Birbaumer et al. weisen darauf hin, dass es bei

permanenter Berieselung durch Pop- und Unterhaltungsmusik zu Einbrüchen der Hirnaktivität komme, Entspannung und „Verblödung“ nah beieinander lägen (Birbaumer et al. 1994).

Für den Klinikaufenthalt erhält jeder Patient einen portablen CD-Spieler, offene Kopfhörer (Sennheiser) und eine CD mit der von ihm ausgewählten Musik. Ziel ist, dass die Aufnahme wiederholt ganz bewusst gehört wird.

Die Musik sollte dabei möglichst nur so laut eingestellt werden, dass der Tinnitus hörbar bleibt. Nur vereinzelt bemerken Patienten, dass ihr Ohrgeräusch bereits bei sehr geringer Schallstärke der Musik nicht mehr wahrnehmbar ist. Maskiert die Musik den Tinnitus vollständig, hat der Patient mit der Musik zwar angenehme Momente, von einem Training gelenkter Aufmerksamkeit kann jedoch nur noch begrenzt die Rede sein. Gelingt es dem Patienten, trotz Wahrnehmung des Ohrgeräusches zunehmend bewusst und genussvoll bei der Musik zu sein, wird dadurch auch die Habituation des Tinnitus gefördert. Der Patient lernt, dass genussvolles Hören auch mit Tinnitus möglich ist.

Der Patient erhält Höranregungen, die ihn während des selbständigen Hörens begleiten und Möglichkeiten für den Umgang mit der Musik aufzeigen sollen. Hierbei bleibt es dem Patienten überlassen, welchen von ihnen er sich zuerst zuwendet. Die damit erlangten Erfahrungen des Patienten werden in der Therapie thematisiert.

Patienten finden durch das tägliche Hören mitunter einen so intensiven Bezug zur angebotenen Musik, dass sie das Bedürfnis äussern, die Musik auch in ihrem Alltag zu hören. Sie wird damit zu einer Art Übergangsobjekt, das den Patienten in der Zeit nach seinem Klinikaufenthalt begleiten und unterstützen kann und möglicherweise Interesse weckt, weitere Musik für das bewusste Hören zu entdecken.

Die Erfahrungen mit bewusstem Musikhören sind unterschiedlich. Ein Grossteil der Patienten findet rasch einen Zugang zum täglichen Hören. Patienten berichten, dass sie durch das Musikhörtraining der MHT Musik viel bewusster und genussvoller hören als früher und auch in ihrem Alltag mehr darauf achten, was sie hören und wo es möglich ist, auf ihr Hörumfeld

Einfluss nehmen. Nur wenige Patienten schildern die Empfindung, dass mit dem Hören der Musik zugleich die Wahrnehmung des Tinnitus begünstigt werde. Interessant ist, dass die meisten von ihnen nach eigener Aussage, die Musik dennoch geniessen können. Nur vereinzelt lehnen Patienten das Musikhören generell ab mit der Begründung, sich durch den Tinnitus zu sehr gestört zu fühlen, oder damit, dass ihnen zur Zeit nicht nach Musikhören sei. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das tägliche Musikhörtraining neben bewusster Aufmerksamkeitslenkung hin zu angenehmen, selbst bestimmten Höreindrücken den Patienten vor allem auch heilsam konditionieren, „nähren“ soll. Hört der Patient die gleiche Musik bewusst und genussvoll über einen längeren Zeitraum, besteht die Möglichkeit eines neuen „Abdruckes“ auf der Hörrinde in Form von erhöhter Hirnaktivität in den für die Verarbeitung zuständigen Hirnarealen. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Patienten mit chronisch dekompensiertem Tinnitus das Ohrgeräusch eine solche „Spur“ hinterlassen hat (Mühlau et al., 2006). Die mit der Musik verbundenen Assoziationen und Empfindungen bleiben im Gegensatz zu anderen Sinnesreizen deutlich länger abrufbar (Decker-Voigt 2000; Kellerhals et al. 1998).

9.4.4. Das Klanggestalten

Wenn es darum geht, im Rahmen einer Improvisation selbst aktiv Geräusche und Klänge zu erzeugen, ist bei Patienten häufig eine gewisse Hemmschwelle zu beobachten, die hin und wieder mit Äusserungen wie nicht musikalisch zu sein, kein Instrument mehr zu spielen oder überhaupt je gespielt zu haben, zum Ausdruck gebracht wird. Eigene Erfahrungen mit Musik und dem Musizieren an sich sind mehrheitlich durch – oft vermittelte – ästhetische Ansprüche und Erwartungen geprägt, die für den einzelnen nur schwer zu erfüllen sind. Musik wird überwiegend als Kunstform verstanden, die vor allem und besonders im Beisein dritter nur von wirklichen „Könnern“ gespielt werden sollte. Je intensiver die musikalische Schulung, umso grösser scheinen mitunter die Vorbehalte und die Verunsicherung einem Spiel gegenüber, das sich überwiegend an eigenen Befindlichkeiten, Neugier

und Experimentierfreude orientiert und bestehenden Hörerwartungen so gar nicht entspricht.

9.4.4.1. Patientenbefragung zu eigener Musizierpraxis

Von den 33 befragten Patienten haben 20 (60,60 %) früher ein Instrument gespielt (Tab. 18). 8 Patienten haben nie einen Versuch unternommen. Ein Patient von ihnen bedauert, dass er von seinen Eltern diesbezüglich nicht gefördert wurde. Immerhin 5 Patienten musizieren auch heute noch.

Tab. 18: Musizieren Sie selbst? (n=33)	
60,60 % (20 Patienten)	- früher ja, heute nicht mehr
24,24 % (8 Patienten)	- nein
15,15 % (5 Patienten)	- ja

Die Gründe, das Musizieren aufzugeben sind in Tab. 19 ersichtlich. An erster Stelle rangiert ein zu hoher Erwartungsdruck von aussen, was einer der Patienten mit den Worten zusammenfasst: „Musik war mehr Pflicht als Freude.“ 3 Patienten berichten, dass sie lieber ein anderes Instrument gelernt hätten. Zurück bleibt bei ihnen meist die Überzeugung unmusikalisch zu sein. Doch auch das durch Tinnitus und Hyperakusis veränderte Hörerleben wird von 3 Patienten als so gravierend empfunden, dass sie noch im Erwachsenenalter das Musizieren vorerst aufgeben.

Tab. 19: Warum haben Sie das Musizieren aufgegeben? (n=33)	
24,24 % (8 Patienten)	- zu hoher Erwartungsdruck
9,09 % (3 Patienten)	- hätte lieber anderes Instrument gelernt
9,09 % (3 Patienten)	- zu wenig Zeit
6,06 % (2 Patienten)	- stark veränderter Höreindruck durch Hörminderung
3,03 % (1 Patient)	- heute zu laut, bekomme Kopfschmerzen

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Singen, einer der ursprünglichsten musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten. Wiederholt berichten Patienten, ihr

Musiklehrer habe ihnen schon früh attestiert, nicht singen zu können, und sie dazu aufgefordert, beim Singen der Klasse nur den Mund zu bewegen (Tab. 20).

Doch selbst bei guten Vorerfahrungen besteht bei den meisten Patienten eine anfängliche Scheu, wenn es darum geht, sich über Geräusche und Klänge auszudrücken.

Tab. 20: Singen Sie hin und wieder? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
42,42 % (14 Patienten)	- nein
30,30 % (10 Patienten)	- ja, aber nur für mich allein
27,27 % (9 Patienten)	- ja, auch mit anderen
24,24 % (8 Patienten)	- ich summe manchmal zur Musik
12,12 % (4 Patienten)	- seit Tinnitus kaum noch

9.4.4.2. Ziele und Vorgehensweisen

Das aktive Klanggestalten der MHT widmet sich zunächst dem spielerischen Ergründen einfacher Klanginstrumente mit der Möglichkeit, nach und nach mit den Klängen zu verschmelzen, mit ihnen den Tinnitus zu umspielen, ihn spielend zu integrieren oder ihm einen selbst bestimmten Ton – auch unter Einbezug der Stimme – „als Antwort“ entgegen zu setzen. Das Improvisieren ist vor allem experimentell ausgerichtet. Der Patient erlebt sich mit Geräuschen und Klängen, die er selbst erzeugt und variiert. Hin und wieder entstehen hierbei auch tönende Dialoge, in denen der Patient seine seelische Befindlichkeit zum Ausdruck bringt, wobei nicht immer das Leiden am Tinnitus im Mittelpunkt stehen muss (Fallbeispiel Frau T.)

Fallbeispiel: Frau T., Lehrerin

Frau T. bemerkt, dass sie seit Auftreten des Tinnitus leiser spricht. Früher habe sie häufig vor sich hin gepfiffen und sich als Lehrerin - wenn nötig - mit kräftiger Stimme Gehör verschafft. Heute kämen ihr die Worte nur noch leise und zurückhaltend über die Lippen. Frau T. äussert das Bedürfnis, ihre Stimme wieder zu kräftigen und zugleich ihre Ohren zu öffnen. Bei einer ersten Übung mit Summtönen variiert in Tonhöhe, Artikulation und Dynamik, später auch mit Vokalen und Silben, wirkt die Patientin gelöst und

zunehmend experimentierfreudiger. Im Anschluss berichtet sie, dass sie schon eine ganze Weile nicht mehr gesungen habe und sich nach der Übung entspannter fühle. Für die folgende Therapiestunde wünscht sich Frau T. erneut eine Stimmimprovisation.

Bei unserer nächsten Begegnung äussert die Patientin zunächst das Bedürfnis nach einer Entspannungsübung mit Monochord. Hierbei wirkt sie versunken, atmet tief und erzählt im Anschluss, dass sie sich sehr viel wohler und entspannter fühle. Sie habe während des Monochordspiels ganz verschiedene Töne hören können und diese sehr angenehm empfunden.

Die Anregung, das Instrument in die folgende Stimmübung einzubeziehen, nimmt Frau T. auf und spielt es zunächst selbst. Nach kurzer Zeit bemerkt sie jedoch, dass sie zu sehr auf das Spielen konzentriert sei und sich so weniger auf ihre Stimme ausrichten könne und bittet darum, dass die Therapeutin das Monochord übernimmt. Im Folgenden spielt die Therapeutin das Instrument und unterstützt die Patientin auch stimmlich. Dabei entsteht bereits mit den ersten Tönen ein intensiver musikalischer Dialog, in welchem Frau T. immer eigenständiger agiert, jedoch nie die Verbindung zum Gesamtgeschehen verliert. Ihre Stimme tönt zunehmend kraftvoller und scheint ganz bewusst in einen Wechsel von Dissonanz und Harmonie einzutreten, ein aneinander Reiben und Glätten, Anschwellen und Zurückgehen in Tonstärke, Tonhöhe und Stimmfarbe. Mitunter klingt ihre Stimme wie ein Stöhnen, ein andermal sanft und glockenklar. Einzelne Töne gehen in Melodien über und vermitteln neben Schwermut auch Kraftvolles. Zum Teil erinnert das Geflecht aus den beiden Stimmen und Monochord an gesungene Mantras. Nach und nach wird die Stimme von Frau T. ruhiger. Sanft lässt sie ihren Gesang ausklingen.

Sie erzählt, dass sie einen intensiven Dialog mit ihren Eltern geführt habe. Mit den Tönen habe sie ihre Trauer und ihre Ängste zum Ausdruck bringen können. Dieses Heraustönen sei eine Befreiung gewesen. Mit Worten lasse sich nicht so gut sagen, wie es ihr in ihrem Innersten wirklich gehe. Als junges Mädchen habe sie stellvertretend für ihre unter Depressionen leidende Mutter und ihre ältere, an Essstörungen erkrankte Schwester eine viel zu

grosse Verantwortung übernehmen müssen. Ihre Eltern stritten häufig und sie selbst hatte niemanden, an den sie sich wenden konnte, der ihr ein Stück ihrer Last hätte abnehmen können. Mit den Tönen könne sie von ihren Ängsten erzählen, ihrer Trauer, die sie schon so lange begleiteten.

Auch beim Klanggestalten sollen möglichst viele Sinne angeregt werden. Deshalb enthält das musik- und hörtherapeutische Behandlungskonzept der Tinnitusklinik Waldhaus in Chur (Schapowal, 2006) neben aktivem Musizieren den **Instrumentenbau**.

Die Patienten haben die Möglichkeit, in der Klinikschreinerei ein eigenes Klanginstrument wie z. B. ein südamerikanisches Regenrohr zu bauen, das sie ebenso wie die individuell gewählte Musik des Musikhörtrainings auf Wunsch zum weiteren therapeutischen Gebrauch mit nach Hause nehmen können. Allein schon durch die Auswahl des Materials – zur Verfügung stehen Bambus oder Holz für den Resonanzkörper, verschiedene Reissorten für die Füllung – nimmt der Patient Einfluss auf den späteren Klang des Instrumentes. Viele Patienten beginnen den Bau ihres Regenrohres in der Natur, wo sie sich das Holz für die Weiterverarbeitung selbst suchen.

Bereits der Weg hin zum fertigen Instrument kann so zu einer wichtigen Erfahrung werden, den der Patient mit möglichst allen Sinnen achtsam beschreiten soll. Gelingt ihm die Konzentration auf sein Tun, lenkt er zugleich bewusst seine Aufmerksamkeit. Horcht er auf seine eignen Verrichtungen wie z. B. die Schritte im Wald, das Knacken des Astes, das Quietschen der Säge und die vielfältigen Geräusche, die später durch die Bearbeitung des Holzes entstehen, schult er damit auch bewusstes Hinhören. Für Patienten mit einer Hyperakusis bietet sich zugleich die Möglichkeit einer schrittweisen und selbst bestimmten Annäherung an geräuschvollere Hörsituationen. Unterstützend kann hierbei ein Schalldruckpegelmesser herangezogen werden, um die tatsächlichen mit den subjektiv empfundenen Schallstärken zu vergleichen. Wichtig ist jedoch, dass der Patient hierbei die Kontrolle behält. Er entscheidet, ob und in welcher Dauer er sich der Situation aussetzt.

Viele Patienten nehmen später nicht einfach nur ein Instrument zur Geräusch- und Klangerzeugung mit nach Hause, sondern ebenso die mit der Entstehung verwobenen Erlebnisse und Erinnerungen, die zugleich von den Schritten des Patienten erzählen, die er mit seinem Tinnitus, seiner Hyperakusis zurückgelegt hat (Abb. 6).



Abb. 6: Regenrohr einer 71-jährigen Patientin mit persönlichem Lebensmotto

Spielerisches Entdecken von Geräuschen und Klängen

Das Instrumentarium in der MHT beinhaltet vor allem einfache Instrumente zur Geräusch- und Klangerzeugung wie Rasseln, Gefässe mit unterschiedlicher Füllung, Regenrohr oder Klangschalen verschiedener Grösse und Stimmung. Doch auch Monochord, Koto, Xylophon oder Klavier stehen bei Bedarf für den Patienten zur Verfügung. Wichtig zu erwähnen sind ebenso Körper und Stimme. Grundsätzlich geht es zunächst darum, Hörbares zu erzeugen, bewusst auf dessen Klangeigenschaften zu hören und deren Wirkungen zu beobachten.

Der Patient nähert sich aktiv Geräuschen und Klängen an und dosiert deren Intensität und Dauer. Neben dem aufmerksamen Hinhören kann er den entstehenden Schall zum Teil auch über den Tastsinn wahrnehmen, was besonders eindrücklich mit Klangschalen oder Monochord gelingt.

Mitunter ergeben sich aus dem Geschehen heraus auch musikalische Dialoge, in denen Patient und Therapeut gemeinsam spielen, oder der Patient sich mit seinem Ohrgeräusch klanglich auseinandersetzt, indem er

es beispielsweise umspielt, spielend zu integrieren sucht oder zunächst auch die Konfrontation wählt.

Ziel ist in erster Linie, die Ohren auf Geräusche und Klänge spielerisch auszurichten, das bewusste Hinhören zu fördern und dabei Erfahrungen mit verschiedensten Höreindrücken zu sammeln. Erfahrungen können darin bestehen:

- dass das Spiel mit Geräuschen und Klängen Neugier und Freude, vielleicht auch positive Kindheitserinnerungen weckt, verbunden mit Empfindungen der Unbeschwertheit und Leichtigkeit
- dass die Vertiefung in das Spiel die Wahrnehmung des Tinnitus vermindert, da sie die Aufmerksamkeit des Patienten erfordert
- dass es möglich ist, sich Klängen und Geräuschen schrittweise anzunähern, die Ohren ohne Gefahr wieder zu öffnen
- Feinheiten im Hören und Wahrnehmen zu entdecken
- das Ohrgeräusch über den klanglichen Dialog als einen Teil des Gesamtgeschehens zu erleben, möglicherweise verbunden mit neuen, entlastend wirkenden Bildern
- eigene Stimmungen zum Ausdruck zu bringen und zu bearbeiten.

9.4.5. Entspannungsverfahren in der Musik- und Hörtherapie

Entspannung ist ein zentrales Thema in der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis. Patienten mit einer starken Symptombelastung fühlen sich häufig gestresst und innerlich unruhig. Nur wenige von ihnen verfügen über entsprechende Entspannungstechniken und sind in der Lage, diese auch anzuwenden (Cramer 2002).

Beobachtbar ist ein direkter Zusammenhang von Disstress und Tinnituswahrnehmung, bzw. der Wahrnehmung störender Hörreize von aussen. Disstress bezeichnet einen Zustand der Anspannung und Belastung, der die natürlichen Anpassungs- und Regulationsmechanismen des menschlichen Körpers überfordert und grenzt sich ab zur als anregend

empfundenen, leistungsfördernden Form des Eustress. Distress verstärkt die Wahrnehmung von Dingen, die ohnehin als störend empfunden werden. Die Patienten wirken „dünnhäutiger“ und nehmen neben Hörreizen, mitunter auch andere Sinnesreize ihrer Umgebung als beeinträchtigend wahr. So kann beispielsweise die Hyperakusis mit erhöhter Licht- und Schmerzempfindlichkeit einhergehen (Kellerhals und Zogg 2004).

Mitunter berichten Patienten auch über körperliche Beschwerden wie Verspannungen im Schulter-Nackebereich (Tab. 21) oder über Kopf- und Ohrenscherzen (Tab. 22). Biesinger weist in diesem Zusammenhang auf mögliche Ursachen und Zusammenhänge aufgrund von Fehlhaltungen und muskulären Verspannungen der Wirbelsäule, besonders im Bereich von Kiefergelenk und Halswirbelsäule hin, welche die Wahrnehmung eines Tinnitus verursachen und beeinflussen können (Biesinger 2007).

9.4.5.1. Patientenbefragung zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen aufgrund des Tinnitus/ der Hyperakusis

In der hier untersuchten Gruppe geben 23 von 33 Patienten (69,69 %) Verspannungen an Kopf und Nacken an, 15 Patienten (45,45 %) immerhin regelmässig (Tab. 21).

Tab. 21: Muskuläre Verspannungen an Kopf und Nacken (n=33)	
69,69 % (23 Patienten)	- geben aufgrund des Tinnitus Muskelverspannungen an
davon:	Kopf und Nacken an
45,45 % (15 Patienten)	- regelmässig
24,24 % (8 Patienten)	- teilweise

Auch Missempfindungen in den Ohren werden benannt und beispielsweise als Zwicken, dumpfes Gefühl oder Druck geschildert (Tab. 22).

Tab. 22: Ohren- und Kopfschmerzen (n=33)	
69,69 % (23 Patienten)	- geben aufgrund des Tinnitus Ohren- und Kopfschmerzen an
davon:	
39,39 % (13 Patienten)	- regelmässig
30,30 % (10 Patienten)	- teilweise

Nicht selten berichten Tinnitus-Patienten auch über Schlafstörungen, die ihnen zusätzlich Kraft und Energie abfordern, indem sie die notwendige Regeneration über Nacht beeinträchtigen. Das Empfinden, unausgeruht und überreizt zu sein, von allein nicht mehr zur Ruhe kommen zu können, überschattet dann das Gesamtbefinden zusätzlich, was auch Auswirkungen auf das Konzentrationsvermögen haben kann (Tab. 23). Fast 90 % der befragten Patienten fühlen sich aufgrund des Tinnitus und seiner Begleiterscheinungen in der Konzentration beeinträchtigt.

Tab. 23: Konzentrationsvermögen (n=33)	
87,87 % (29 Patienten)	- fühlen sich aufgrund des Tinnitus in der Konzentration beeinträchtigt
davon:	
48,48 % (16 Patienten)	- regelmässig
39,39 % (13 Patienten)	- teilweise

Vermutet werden bei der Verbindung von Distress und Tinnituswahrnehmung übermässige, kortikale Rückkopplungen verstärkt durch das limbische System. Ursprüngliche Schutzmechanismen, die durch Umgebungsgeräusche mit Signalcharakter in Gang gesetzt werden, reagieren ebenso auf den Tinnitus. Löst das „Signal“ Tinnitus Angst oder Distress aus, wird das limbische System aktiviert und verstärkt die Rückkopplung im Hörkortex (Langner und Wallhäuser-Franke 1999).

Die Förderung des Entspannungsvermögens zur Verringerung von Distress und zur Verbesserung des Regenerationsvermögens, auch in Form schlafunterstützender Massnahmen, wird somit zu einem wichtigen Bestandteil musik- und hörtherapeutischer Behandlung bei Tinnitus und Hyperakusis.

9.4.5.2. Was ist Entspannung?

Befragt man Patienten, was sie mit dem Begriff Entspannung verbinden erhält man unter anderem die folgenden Antworten:

Herr B., 45 Jahre, Lehrer: „Sorglosigkeit, nichts belastet mich. Ich fühle mich rundum wohl, vor allem körperlich. Es tut mir nichts weh. Ich fühle mich leicht. Die Sonne scheint in meiner Brust. Entspannung ist ein Zustand, der auch Glück bedeutet, ein Glück, das ich vor allem mit meiner Familie, meiner Frau und meinen Kindern verbinde, lieben und geliebt zu werden.“

Frau H., 30 Jahre, Lehrerin: „innerlich ruhig; denken können; körperlich weniger angespannt; keine Kopfschmerzen; Ruhe als ein Zustand, in dem es mir besser geht, ich mich wohl fühle; Energie finden, wieder etwas zu machen, überhaupt Lust zu verspüren, etwas zu tun.“

Frau H., 57 Jahre, Büroangestellte: „Entspannung ist für mich das Gehenlassen sämtlicher Muskeln, regelmässig zu atmen. Ich probiere, nicht zu denken, zumindest nicht negativ. Mein Körper ist weich und warm. Ich fühle mich geborgen, erholt, leistungsfähiger, kann Energie tanken.“

Deutlich wird, dass Entspannung offensichtlich weit mehr ist, als das Gegenteil von Anspannung oder Überspanntheit. Denn Spannung in Form einer Art Grundenergie oder Eustress ist für das menschliche Leben unerlässlich. Gemeint ist ein Zustand körperlich-geistigen Wohlbefindens, innerer Ruhe und Ausgeglichenheit, der es dem Menschen ermöglicht, eigene Kräfte zu regenerieren und sich von den ganz individuellen Anforderungen des Alltags zu erholen und diese zu bewältigen.

Entspannung wird somit zu einer grundlegenden Notwendigkeit für den Erhalt der Lebensfreude, der Lebensenergie und der Gesundheit eines Menschen und umfasst die Ebenen von Körper, Seele und Geist.

Gesundheit wird hier im Sinne einer Balance von körperlich, seelischen und sozialen Einflüssen verstanden, die jeder Mensch seinen eigenen

Vorstellungen und Sichtweisen entsprechend immer wieder zu erreichen versucht und die von persönlichen und äusseren Faktoren beeinflusst wird. Gemeint ist ein Wohlbefinden, das Körper, Seele und Geist umfasst und mehr ist, als das Freisein von Krankheit.

Entsprechend der oben gefassten Definition, wird Entspannung von jedem Menschen ganz individuell, durch seine jeweilige Lebenssituation, sein körperlich-seelisches Befinden, seine Hoffnungen und Wünsche beeinflusst und erlebt und bestimmt die Wahl der Mittel, die er ergreift.

Womit und wodurch versucht ein Mensch, den Zustand „Entspannung“ zu erreichen? Sind sie für ihn in der jeweiligen Situation hilfreich oder nicht?

Häufig gelingt es mit scheinbar alltäglichen Dingen, Entspannung zu erreichen.

Cramer schreibt hierzu: *„Entspannung ist ein Zustand, der auch durch einen Spaziergang, ein gutes Essen, einen Kinobesuch, einen Tanzabend, Gartenarbeit, Stricken o.a. erreicht werden kann.“* (Cramer 2002)

Nicht selten nutzen Menschen auch das Medium Musik. Die Auswahl wird hierbei durch ihre Vorlieben und ihr Befinden beeinflusst und geschieht lustbetont. Manch einer möchte sich mit Musik ausagieren, zum Teil auch durch körperliche Bewegung während des Hörens. Ein anderer möchte mit Musik zur Ruhe kommen.

„Die schnellere Musik ist zum Beispiel entspannend bei „Hochstimmung“, zum „Abreagieren“, die langsame Musik zum Beispiel bei „Müdigkeit“.

(Gembris 1985)

Doch auch Hörerfahrungen spielen bei der Musikkwahl eine wichtige Rolle. So kann es wie im folgenden Beispiel beschrieben geschehen, dass ergotrope Musik beruhigend empfunden wird:

„...wenn eine ergotrope Musik in der frühen musikalischen Sozialisation das Kind, den späteren Patienten, prägte (Beispiel: Ein 68-jähriger Patient, der die Melodie des Volksliedes „Im Frühtau zu Berge“ immer in Einschlafsituationen erlebte, wenn sein Vater von der Schicht kam und eben dieses ergotrope Lied auf dem ersten Plattenspieler der Familie zu der Einschlafzeit des Kindes abspielte.)“ (Decker-Voigt 2004)

Der Zustand der Entspannung oder was als dieser erlebt wird, ist ganz offensichtlich ein sehr vielfältiges Phänomen. Grundsätzlich unterscheidet man drei Ebenen der Entspannung, in denen man Musik zur Behandlung und Selbstbehandlung einsetzt (Decker-Voigt 2004).

Entspannung mit Musik

Hin und wieder geschieht es, dass Menschen nicht mehr in der Lage sind, ohne ein zusätzliches Medium selbst zu entspannen. Häufig nutzen sie dann Musik, die ihren Vorlieben entspricht, um „...die psychophysische Einheit von Körper, Geist und Seele positiv zu beeinflussen.“ (Decker-Voigt 2004)

Die Musik kann selbst oder auch im therapeutischen Rahmen ausgesucht werden. Ziel ist hier die selbständige Anwendung.

Die Vielfalt der im Handel angebotenen Entspannungsmedien zeugt vom grossen Bedürfnis vieler Menschen in dieser Hinsicht. Tinnitus-Patienten bevorzugen für den Eigengebrauch häufig trophotrope Klänge mit Naturgeräuschen vermischt. Besonders gern wird Wasser und Vogelgesang gehört.

Tiefenentspannung (Relaxation)

Nach Willms und Schwabe handelt es sich bei der Tiefenentspannung um einen Zustand, „in dem die Möglichkeiten einfacher Entspannung nicht mehr greifen und die Notwendigkeit der Tiefenentspannung beginnt.“ (Decker-Voigt 2004).

Als Indikation für die Tiefenentspannung werden Zeiten besonderer Belastung benannt, in denen es dem Betroffenen nicht mehr möglich ist, allein an eigene Ressourcen anzuknüpfen und somit die Behandlung im therapeutischen Rahmen erforderlich wird.

„Tiefenentspannung lebt in Unterscheidung zur „Entspannung“

- von der Spracheinführung durch den Arzt oder Therapeuten

- *durch Musik, die nicht mehr an emotionale Vorlieben (Präferenzen) des Patienten gebunden ist, sondern eine individuelle, persönlich-intime Gefühlswelt belastender Art relativieren helfen soll.“*

(Decker-Voigt 2004)

Voraussetzung ist auch hier, dass der Patient die Musik positiv besetzt.

Schmerztherapie (Audioanalgesie)

Der Einsatz von Musik zur Vorbeugung und Verringerung von Schmerz wird vor allem im Bereich der Musik-Medizin angewandt.

Spintge schreibt hierzu:

„In der Behandlung des perioperativen Dis-Stress, der situativen Ängste sowie des akuten und chronischen Schmerzes ist Musik als komplementäres Mittel einsetzbar, weil an verschiedenen Punkten der Stress-Reaktion und der Schmerzverarbeitung eingegriffen wird.“ (Spintge 2001)

Diese Punkte umfassen zum einen die Muskel entspannende Wirkung der Musik.

„...da die Propriozeption aus Skelettmuskeln sowohl die emotionale Stimmungslage wie auch die Schmerzwahrnehmung beeinflusst und umgekehrt.“

Zum anderen vermutet Spintge eine direkt schmerzdämpfende Einwirkung auf die Formatio reticularis und auf Zentren des Thalamus, welche die Empfindlichkeit für Schmerzreize in anderen Hirnbereichen und die Ausschüttung von Stresshormonen und Katecholaminen verringert. Doch auch die Sichtweise des Patienten könne beeinflusst werden.

„Es kommt beim Hören von Musik zu einer Neueinschätzung seiner Situation als ungefährlich und weniger stress- und schmerzbetont.“

Zudem beschäftigt die Musik als sehr komplexer Sinnesreiz das Bewusstsein des Hörers derart, *„dass andere Umweltreize kaum oder gar nicht mehr wahrgenommen oder verarbeitet werden.“*

Gerade auch bei Verspannungsschmerzen komme es durch den Einsatz von Musik *„zu einer ästhetisch gefärbten Aufmerksamkeitsfokussierung und einem Ablenkungseffekt, zu einer signifikanten Dämpfung der Stressreaktion*

mit verminderter Ausschüttung von Stresshormonen in das Blut, zu einer Anhebung der Schmerzschwelle bzw. einer Dämpfung der Schmerzwahrnehmung auf subkortikaler und kortikaler Ebene...“ (Spintge 2001). Eine wichtige Aussage für den Menschen, der durch Tinnitus und Hyperakusis stark belastet ist. Denn nicht nur Umweltreize können durch die „Beschäftigung des Bewusstseins“ aus der Wahrnehmung treten, sondern ebenso Ohrgeräusche und als unangenehm empfundene Umgebungsgeräusche. Ein Patient, der neben Tinnitus und Hyperakusis auch unter muskulären Verspannungen leidet, kann somit durch die Musik in mehrfacher Hinsicht Linderung und Hilfe erfahren, zumal auch Schmerzempfinden und Tinnituswahrnehmung in einer engen Wechselbeziehung stehen dürften.

Auch im Bereich der Audioanalgesie ist die Beziehung Therapeut und Patient als Wirkfaktor nicht ausser Acht zu lassen. Der Patient hört Musik ähnlich einer Medikamentenverschreibung in einem bestimmten Rahmen. Es handelt sich um eine Art verordnete Musik, die auch mit einer bestimmten Erwartungshaltung des Patienten verbunden sein dürfte und somit auf das „Wie“ des Hörens Einfluss nehmen kann.

Entspannung und Trance

Entspannung kann uns in Trance versetzen (Decker-Voigt 2004). Trance leitet sich ab vom altfranzösischen *transe* bzw. vom lateinischen *transire*, was „hinübergehen“ bedeutet. Allgemein wird unter Trance ein veränderter Bewusstseinszustand verstanden, der durch eine hochgradig fokussierte, begrenzte Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. Man unterscheidet verschiedenste Formen der Trance, die zum einen mit einem veränderten Wachbewusstsein, zum anderen gegenteilig mit einer stark herabgesetzten Wachheit verbunden sind und auch Veränderungen auf körperlicher Ebene bewirken können, wie (Hess et al. 2009):

- Veränderung der Gehirnströme
- Veränderung des Schmerzempfindens
- Hypersuggestibilität

- Veränderungen der Körpertemperatur, der Schweißsekretion, des Herzschlages
- Veränderungen der Stimmlage und der Lautbildung, ggf. verbunden mit charakteristischen Intonationsmustern (Glossolalie).

Dabei wird Eutrance als ein angenehm erlebter hypnotischer Zustand, von Distrance, die unangenehm empfunden wird, abgegrenzt. Eutrance kann im Gegensatz zur Distrance regenerierend wirken.

Im Kontext Entspannung wird Trance als ein Zustand veränderten Wachbewusstseins verstanden, in dem der Patient denk- und handlungsfähig bleibt. Dabei sind die Übergänge von normalem Wachzustand und Trance fließend.

Manfred Prior beschreibt Trance als eine natürliche Erfahrung, die oft unser gesamtes Sensorium erfasse und eine „*Erfahrung subjektiver Wirklichkeit, oft wirklicher als die reale Wirklichkeit*“ sei (Decker-Voigt 2004).

Auch Situationen des Alltags können uns in Trance versetzen – wie z. B. das Lesen eines spannenden Buch, innere Vorstellungen und Wünsche, denen wir in einem Tagtraum folgen, ebenso Gebete, Meditation, denen wir uns mit einer entsprechenden geistigen Haltung hingeben. Doch besonders auch „*jedes intensivere Musikerleben*“ führt in Trance.

Sei es, dass eine uns bekannte Musik an längst vergangene Erlebnisse erinnert, dass wir selbst musizieren oder - wie im folgenden Beispiel verdeutlicht werden soll - in den schöpferischen Prozess des Komponierens eintreten, wobei Trance auch zu erhöhter geistiger und körperlicher Leistung befähigen kann (Decker-Voigt 2004).

Johannes Brahms offenbarte im Spätherbst 1896 dem Musikwissenschaftler und Geiger Arthur Abell in Begleitung des berühmten Violinvirtuosen Joseph Joachim, woher er beim Komponieren seine Inspiration empfangt. Das Gespräch fand auf Drängen Abells statt. Brahms wollte seine Erlebnisse nicht einfach preisgeben, da er sie als heilig betrachtete. Er berichtete:

„*Wenn ich den Drang in mir spüre (zu komponieren), wende ich mich zunächst direkt an meinen Schöpfer und stelle ihm die drei in unserem Leben auf dieser Welt wichtigsten Fragen – woher, warum, wohin? Ich*

spüre unmittelbar danach Schwingungen, die mich ganz durchdringen. Sie sind der Geist, der die inneren Seelenkräfte erleuchtet, und in diesem Zustand der Verzückung sehe ich klar, was bei meiner üblichen Gemütslage dunkel ist; dann fühle ich mich fähig, mich wie Beethoven von oben inspirieren zu lassen.“ (Pietschmann 1987)

Brahms selbst vermutete:

„Ich muss mich im Zustand der Halbtrance befinden, um solche Erlebnisse zu erzielen – ein Zustand, in welchem das bewusste Denken vorübergehend herrenlos ist und das Unterbewusstsein herrscht, denn durch dieses als einem Teil der Allmacht, geschieht die Inspiration. Ich muss jedoch darauf achten, dass ich das Bewusstsein nicht verliere, sonst entschwinden die Ideen.“

Offensichtlich geht Trance mit einer veränderten Wahrnehmung einher.

Hess und Rittner sehen Trance als eine Sonderform des veränderten Wachbewusstseins, die als Oberbegriff für verschiedenste leibseelische Veränderungen fungiere und kulturunabhängig bei Menschen in veränderten Wachbewusstseinszuständen auftreten könne. Sie unterscheiden verschiedene Trance-Formen und Trance-Tiefen, denen allen gemeinsam sei: *„dass die Induktion am Beginn grundsätzlich eingeleitet wird durch eine bestimmte Art der Fokussierung von Aufmerksamkeit, durch die Einengung des Wahrnehmungsfeldes“* (Hess und Rittner 1996).

Brahms betete zu Gott, um in jenen Zustand der Verzückung, der Halbtrance zu geraten. Entspannungsverfahren wie das autogene Training, die Muskelrelaxation nach Jacobson, auch die Musiktherapeutische Tiefenentspannung nutzen wiederholte, suggestive Formulierungen und eine damit verbundene Ausrichtung auf die Körper- und Sinneswahrnehmung.

Die Einengung des Wahrnehmungsfeldes ermöglicht wiederum eine vertiefende Betrachtung und Beobachtung desselben und damit eine Hinführung zu neuen, veränderten Wahrnehmungsformen und -inhalten.

Christoph Schwabe, der Begründer der Regulativen Musiktherapie, spricht vom *therapeutischen Prinzip* *„Anregung zur Wahrnehmung“*, das zu einer

Erweiterung von Wahrnehmungsinhalten führe und damit „zu einer veränderten Erlebnislage“, die es dem Patienten auch ermögliche, eigene Ressourcen zu entdecken (Schwabe 2004). Wichtige Voraussetzung sei ein „Zustand des Überlassens bzw. des Geschehenlassens“ ohne „korrektive gedankliche Eingriffe“. Wahrnehmungsbeschreibung führe zur Konkretisierung von Wahrnehmungsinhalten, zu einer zunehmenden Wahrnehmungsdifferenzierung und fördere die Selbstauseinandersetzung mit den erlebten Wahrnehmungsinhalten.

9.4.5.3. Entspannungsverfahren in der Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur

Patienten, die unter Tinnitus und Hyperakusis leiden, haben häufig das Empfinden, nicht mehr richtig entspannen zu können. Einfache Entspannungsmöglichkeiten des Alltags, die bisher hilfreich waren, werden aktuell nicht mehr oder nur noch begrenzt wirksam erlebt. Dem Bedürfnis nach innerer Ruhe und Ausgeglichenheit steht eine zunehmende Überreiztheit gegenüber. Patienten berichten immer wieder, dass sie sich bereits längere Zeit ausgelaugt und hilflos fühlen und mitunter gar nicht mehr wissen, wie sich Entspannung anfühlen, geschweige denn erzeugt werden könnte.

Nach ihrem Entspannungsvermögen befragt, geben 33 Patienten und somit 100 % aller dazu in der Tinnitusklinik Befragten an, dass es ihnen aufgrund des Tinnitus und/oder der Hyperakusis schwerer falle zu entspannen (Tab. 24).

Tab. 24: Entspannungsvermögen (n=33)	
100,0 % (33 Patienten)	- geben an, dass es aufgrund des Tinnitus/ der Hyperakusis
davon:	schwieriger sei zu entspannen
63,63 % (21 Patienten)	- haben damit regelmässig Schwierigkeiten
36,36 % (12 Patienten)	- haben damit zum Teil Schwierigkeiten

Häufig leiden sie zudem unter Schlafstörungen und finden somit auch über Nacht nicht mehr die ersehnte Ruhe.

Befragt man Patienten, wie ein Zustand innerer Ruhe und Ausgeglichenheit erreicht werden könnte, besteht bei einem Grossteil von ihnen Ratlosigkeit. Viele Patienten haben kaum oder keine Erfahrungen mit Entspannungsverfahren und fühlen sich oft nicht mehr in der Lage, einmal erlernte Verfahren wirkungsvoll anzuwenden. Im Folgenden einige Fallbeispiele zur Befindlichkeit von Patienten wenn es um das Thema Entspannung geht:

Herr B., 56 Jahre

Infolge beruflicher Überlastung in den letzten Jahren bemerkt Herr B. Schlafstörungen und eine Verstärkung seines seit 15 Jahren vorhandenen Tinnitus. Seine Arbeit sei sehr anstrengend, die Fluktuation der Mitarbeiter sehr hoch. Er sei der Letzte einer ganzen Reihe von Arbeitskollegen, der hier noch ausgehalten habe und fühle sich nun nicht mehr in der Lage, so weiter zu machen. Er werde durch die Anforderungen zur Maschine. Ihm fehle mit zunehmendem Alter die Kraft. Herr B. möchte Techniken erlernen, die ihm den Umgang mit seinem Ohrgeräusch erleichtern und Kraft und Erholung geben.

Frau S., 75 Jahre

Die Patientin berichtet, dass sie sich schon seit einigen Jahren nicht mehr entspannt gefühlt habe. Schnell werde sie unruhig und in Verbindung damit schnelle ihr Blutdruck in Schwindel erregende Höhen. Sie wisse nicht, was sie tun könne. Selbst der Hausarzt sei ratlos. Mehrfache Untersuchungen ergaben keine organische Ursache. Frau S. befindet sich bei Eintritt in die Klinik in einem Kreislauf aus Unruhe, erhöhtem Blutdruck und Tinnituswahrnehmung.

Herr V., 42 Jahre

Herr V. hört seit zwei Jahren Geräusche im ganzen Kopf. Ein hohes Pfeifen vergleicht er mit einer Zugbremse. Ein hin und wieder auftretendes „sch“

erinnere ihn an eine Dampfflock. Der Tinnitus sei sein grösstes Problem und verursache eine Reihe weiterer Probleme wie depressive Zustände und Kopfschmerzen. Wenn der Tinnitus weg wäre, würde er sich wieder stark fühlen. Herr V. berichtet, dass er seit dem Auftreten des Tinnitus Mühe habe zu entspannen. Mentaltraining und Entspannungsmusik hätten ihm nicht die ersehnte, innere Ruhe bringen können. Er könne sich nicht vorstellen, den Tinnitus einfach in die zweite Reihe zu stellen. Er höre ihn doch immer.

Eine Zielsetzung, die sofort auf Entspannung ausgerichtet ist, könnte diese Patienten zusätzlich unter Druck setzen und statt Entspannung Anspannung bewirken und auch eine „frühe Verständnislosigkeit gegenüber dem Therapeuten auslösen, den Vorwurf mangelnder Identifizierung mit sich, dem Patienten selbst, provozieren („sieht er denn nicht, wie ich leide...“). Sie kann diejenige Abwehr stabilisieren, die jeden Einstieg in tranceorientierte Entspannungsarbeit auf Grund der Beziehungsstörung blockiert.“ (Decker-Voigt 2004)

Hinzu kommt, dass die Patienten stark auf sie störende Geräusche von innen und aussen fixiert sind. In diesem Zustand zu entspannen, scheint vielen unvorstellbar.

Somit wird die in „Gegenwart des Therapeuten mögliche relative Angstfreiheit“ zur grundlegenden Voraussetzung für jegliche Form von therapeutisch begleiteter Entspannung. Erst diese kann Ressourcen des Menschen „wirklich wirkend“ mobilisieren.

Wichtig ist, dem Patienten zu vermitteln, „dass es neben der Akzeptanz des Unglücks auch um die Suche und Auffindung positiver Augenblicke inmitten des Krank-, des Unglücklichseins“ geht (Decker-Voigt 2004).

Somit stehen im Austausch mit dem Patienten zunächst andere Zielsetzungen im Mittelpunkt des Geschehens, die Fähigkeiten wie das sich Einlassen auf die neue Situation, das unvoreingenommene Ausprobieren einzelner Übungsschritte und das wertneutrale Beobachten und Geschehenlassen betonen.

Grundlegendes Ziel ist der Abbau von Distress und den damit verbundenen Begleiterscheinungen zur Verbesserung des Gesamtbefindens durch die positive Beeinflussung der psychophysischen Einheit von Körper, Geist und Seele.

Der Patient soll hierfür eine im Alltag anwendbaren Entspannungstechnik erlernen, um:

- innere Ausgeglichenheit, Ruhe, Kraft und Energie zu finden
- den Schlaf positiv zu beeinflussen, das Einschlafen zu erleichtern
- gedankliche Fixierungen auf Störreize zu lösen
- selbstverantwortlich Einfluss auf das eigene Befinden nehmen zu können.

Für die konkrete Therapie kommen verschiedene Vorgehensweisen in Frage.

Tiefenentspannung mit Musik

Da Methoden wie das Autogene Training oder die Muskelrelaxation nach Jacobson allein häufig die Wahrnehmung des Tinnitus verstärken, bietet sich als Alternative die Tiefenentspannung mit Klängen und Musik an (Cramer 2002, Sigron Krause 2006, Kellerhals et al. 1998). Ein Grossteil der Patienten spürt bereits während der ersten Anwendung eine deutliche Wirkung in Form von Gelöstheit, Wohlgefühl, körperlichen Empfindungen wie Wärme oder Kribbeln und „Schweben“ in inneren Bildern. Doch auch die Verbindung von oben genannten Entspannungsverfahren mit Klängen und Musik kann sinnvoll sein (Cramer 2002). In der Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur wird als grundlegendes Verfahren die Tiefenentspannung mit Musik angewandt. Sie orientiert sich zum einen an der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung nach Decker-Voigt (Decker-Voigt 2004), zum anderen an der Musikunterstützten Tiefenentspannung nach Cramer (Cramer 2002) und bezieht in bestimmten Fällen auch Elemente der Muskelrelaxation nach Jacobson ein.

Für Patienten, die sich bereits über längere Zeit in einem angespannten Zustand befinden und die Beobachtung schildern, dass es ihnen nicht mehr gelinge loszulassen, hat sich der Einstieg über die Muskelrelaxation nach Jacobson als sehr hilfreich erwiesen. Es fällt ihnen deutlich leichter, über das Erspüren von bewusst erzeugter Spannung und anschliessendem Loslassen erstmals wieder Veränderungen in ihrem Körperempfinden wahrzunehmen. Häufig berichten sie, dass sie bereits mit den ersten Übungsschritten ihr Ohrgeräusch nicht mehr bewusst wahrnehmen und mit den anschliessenden Klängen in einen Zustand angenehmer Gelöstheit übergehen können, der die vorausgehenden Veränderungen meist noch vertieft. Bewährt hat sich hierbei, die Anspannung der jeweiligen Körperbereiche nur leicht auszuführen, gerade so, dass der Unterschied von Spannung und Entspannung gut spürbar wird.

„Wenn die Anspannung übermässig gesteigert würde, könnte von einer Sensibilisierung der Muskelwahrnehmung keine Rede mehr sein. Extreme Spannung kann jeder spüren, da gibt es nichts zu lernen...Der ins Extreme getriebene Kontrast zwischen Anspannung und Entspannung würde zwar intensiv erlebt, verbesserte jedoch nicht die Entspannungsfähigkeit.“ (Schäfer 2005).

Schäfer betont, dass die Progressive Relaxation ein Wahrnehmungstraining ist und in empfindlichen Körperbereichen nur ein besonders leichtes, eventuell nur gedankliches Anspannen ausreichend sei.

Ernst Walter Selle beschreibt die *„Absicht,...zu einem „Muskel-Sinn“ zu verhelfen, der ... später beim eigenständigen Trainieren oder Anwenden des Gelernten die „Ist-Soll-Differenz“ zur optimalen Entspannung vermittelt“* und hält eine schrittweise Minimalisierung des *„eigenen mentalen oder konkret muskulären“* Einsatzes für möglich. (Selle 2004)

Auswahl und Funktion der Klänge

Die Auswahl möglicher Klänge für die Musiktherapeutische Tiefenentspannung ist vielfältig. Vor allem im Bereich eingespielter Musik von CD ist die Bandbreite sehr gross. Doch neben Musik von Tonträgern

besteht in der MHT die Möglichkeit, dem Patienten im Augenblick erzeugte Geräusche und Klänge anzubieten, die neben der Besonderheit, speziell für eben diesen Patienten vom Therapeuten gespielt zu werden, auch über ein grösseres Spektrum an Obertönen verfügen und zugleich auch körperlich für den Patienten besser spürbar sind. Ein Instrument, welches in dieser Hinsicht besondere Möglichkeiten bietet, ist das Monochord.

Das in der Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur benutzte Monochord besteht aus einem rechteckigen Resonanzkörper (140 cm Höhe und ca. 35 cm Breite) der frei im Raum platzierbar ist und den Wünschen des Patienten entsprechend verlagert werden kann. Ein direkter Kontakt von Instrument und Körper des Patienten findet während der Tiefenentspannung nicht statt. Der Patient nimmt das Instrument vor allem über die Schwingungen der Luft, zu einem kleineren Teil auch über Boden und Liege wahr.

Auf der Gegenseite des Monochords befindet die Koto, eine japanische Zither; 17 Saiten sind pentatonisch gestimmt.

Der Patient kann beide Instrumente zunächst selbst spielen, spielend erkunden oder auch einfach nur zuhören.

Hierbei macht er erste Erfahrungen mit dem Klang. Findet er keinen positiven Bezug, bestehen andere Möglichkeiten, wie z. B. Musik von CD oder Geräusche und Klänge anderer Instrumente, nach denen sich der Therapeut mit Hilfe des Patienten auf die Suche begibt (Tab. 25).

Wichtig ist, dass sich der Patient mit den Klängen wohl fühlen und identifizieren kann.

„Die Rezeption einer emotional positiv besetzten Musik wirkt per se trance-induzierend. Wie das „ver-tiefte“ Lesen eines Buches und „Versinken“ in die Betrachtung eines Bildes, die dem Rezipienten eine Identifizierung anbietet.“ Ziel ist die Veränderung des Wachbewusstseins und damit der Beginn einer Trance, in der die Musik *„als Verstärker verstanden und eingesetzt“* wird und zugleich in Form eines von Martin Buber beschriebenen *„Dritten“* oder eines Co-Therapeuten selbst wiederum Einfluss auf den Hörer ausübt (Decker-Voigt 2004).

Tab. 25: Musikauswahl für die Tiefenentspannung (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
42,42 % (14 Patienten)	- bevorzugen die Kombination aus Monochord und Koto wobei die Instrumente phasenweise auch einzeln erklingen
39,39 % (13 Patienten)	- bevorzugen das Monochord
9,09 % (3 Patienten)	- bevorzugen Musik von CD (Mozart - Andantino aus Konzert für Flöte, Harfe und Orchester C-Dur KV 299 (297 c)/ - Adagio aus Konzert für Klarinette A-Dur KV 622 - Ave verum corpus, KV 618, Motette „Spirit of the north“ – Musik für Keltische Harfe und Dulcimer)
9,09 % (3 Patienten)	- bevorzugen Klangschalen
6,06 % (2 Patienten)	- bevorzugen Geräusche (Regenrohr, Salzdosen)

Cramer bezeichnet die Musik als das eigentliche Fahrzeug in die Tiefe, welches explizit nicht in einer Zweigleisigkeit von Text und Musik angeboten werden sollte.

„Die Musik wird hier zum Medium auf der Fahrt in die Tiefe der Entspannung. Sie sollte deshalb auch nicht simultan zur Anleitung angeboten werden, sondern erst nach der Anleitung.“(Cramer 2002)

Hin und wieder geschieht es, dass mit der Musik belastende Dinge zu Tage gefördert werden, die Musik als eine Art Verräterin fungiert.

„Über die Tiefenentspannung hinaus kann die Musik in der Trance öfter traumatisches Material „ent-eisen“, dessen Sichtung erst in eben einem grösstmöglichen komfortablen Rahmen der Trance und Entspannung erträglich und bearbeitbar ist.“(Decker-Voigt 2004)

Zugleich wirkt Musik auch auf körperlicher Ebene, kann dort den Atem regulieren, muskuläre Verspannungen lösen, das Herz-Kreislaufsystem und den Stoffwechsel beeinflussen und auch die Schmerzschwelle anheben.

(Spintge 2001)

Einladung zum Mittun

Eine wichtige Voraussetzung für jegliche Form von Entspannungsübungen ist die innere Haltung des Patienten. Er sollte bereit sein, sich auf die Übung einzulassen und gestaltend an der Übung mitzuwirken, um den Versuch zu unternehmen, sich selbst etwas Gutes zu tun (Decker-Voigt 2004).

Das beginnt bereits bei der Lage, die ein Patient wählt. Nimmt er ein Kissen, zwei? Möchte er sich zudecken? Wie herum möchte er liegen? Es findet eine Sensibilisierung auf den Körperkomfort statt, die Decker-Voigt als ersten von sieben Grundschrinen in der MTE benennt. (Decker-Voigt 2004)

Für welche Klänge entscheidet sich der Patient?

Wählt er den Einstieg über das bewusste Anspannen und Loslassen oder reicht ihm die rein gedankliche Einstimmung über Atem- und Körperwahrnehmung auf die Klänge wie bei MTE und Musikunterstützter Tiefenentspannung?

Fallbeispiel: Frau H., 57 Jahre

Frau H. kam wiederholt in unsere Klinik. Besonders gern mochte sie die Tiefenentspannung mit Monochord und hatte bereits umfangreiche Erfahrungen damit. Mit der Zeit gab sie immer wieder detailliert Rückmeldung über ihre Wahrnehmungen und verband diese mit konkreten Wünschen für die Gestaltung der Übung. So erlebte sie die Monochordklänge als besonders angenehm. Diese Musik mache „weich und schwebend“ und erzeuge intensive, innere Bilder, bei denen die hinzukommende Koto abgelenkt, „fast gestört“ habe. Die wechselnden Melodietöne der Koto führten zu einem für die Patientin ungewollten Situationswechsel bei ihren inneren Bildern.

„Ich wollte noch dort verweilen, wissen wie es weitergeht.“

Das „Nachhören“ der Klänge sei sehr angenehm. Durch die Klänge erlebe sie wiederholt eine Regulierung ihres Atems wie in einer Art „Schaukelbewegung“.

Die einleitende Formulierung: „auch die Stille vertieft die Ruhe“, habe ihre Tinnituswahrnehmung verstärkt. Dagegen sei die Anregung, Geräusche der

Umgebung in die Übung einzubeziehen sehr hilfreich. Ihr Erstaunen äusserte Frau H. darüber, dass sie im Verlauf der Übung auch lautere Umgebungsgeräusche nicht mehr bemerkt habe und leitete daraus den Gedanken ab, dass es ihr irgendwann gelingen könnte, so auch den Tinnitus zu überhören.

Auch auf körperlicher Ebene äusserte Frau H. ihre Bedürfnisse zunehmend differenzierter. So erlebte sie das leichte Anspannen und Lösen bestimmter Körperbereiche angelehnt an die PMR als hilfreichen Einstieg in die Klänge. Das nur leichte Anspannen sei deutlich angenehmer. Mit dem Einleitungsteil habe sie ihren Körper wie eingesunken erlebt. Mit den anschliessenden Klängen habe er zu schweben begonnen. Eine Decke lehnte die Patientin regelmässig ab. „Ich schwitze immer so stark.“

Geschehenlassen und Beobachten

Trotz Suggestionen in Richtung Loslassen und Entspannen in den einleitenden Formulierungen richtet sich der Fokus zunächst auf das unvoreingenommene, erwartungsfreie Beobachten, oder wie von Schwabe benannt, einen „Zustand des Überlassens und Geschehenlassens“, nicht auf die Entspannung selbst (Schwabe 2004).

Der Patient soll aufmerksam beobachten, welche Veränderungen sich auf körperlicher und geistiger Ebene im Verlauf der Übung einstellen und wie er sich damit fühlt. Es geht also zunächst vor allem darum, mit dem Übungsablauf vertraut zu werden und nach und nach die Selbstwahrnehmung zu schärfen.

Hören als Quelle für Sinnes- und Seelenenergie – Suche nach einer inneren Haltung

Die Einladung, alle Geräusche von aussen und aus dem Körperinneren als die Ruhe vertiefend in die Übung einzubeziehen, soll dem Patienten zugleich vermitteln, dass auch der Tinnitus und Geräusche der Umgebung zu einem Teil des Gesamtgeschehens gehören und Geräusche und Klänge

eine wichtige Energiequelle auf Sinnes- und Seelenebene bieten, die es nach und nach wieder zu erschliessen gilt.

Die Verbindung von Hören und Nähren, sich etwas Gutes tun, spielt hierbei eine wichtige Rolle. Der Gedanke, Geräusche, Klänge und Musik als eine Art „Nahrung“ zu sehen, die (nicht nur) über die Ohren aufgenommen werden kann, soll die Art zu hören beeinflussen, eine innere Haltung fördern, die in den Klängen nicht einfach nur ein Mittel zur Entspannung sieht, sondern den Patienten auf den Ebenen von Körper, Seele und Geist erreicht und „nährt“ und die Erfahrung ermöglicht, dass auch das Hören mit Tinnitus genussvoll sein und zu einem Gefühl innerer Ruhe führen kann.

Damit weiten sich für den Patienten die Möglichkeiten, mit der Übung umzugehen und aus ihr bewusst Hilfreiches zu empfangen. Ziel ist nicht mehr allein, Muskeltonus und Herzschlag herabzusetzen, sondern sich den Klängen auch auf geistiger Ebene zu öffnen, sie sich spielerisch hörend zu erschliessen.

Interessanterweise schildern Beobachtungen, die während der Übung gemacht wurden, häufig zunächst Klangerlebnisse, innere Bilder und Körperwahrnehmungen, bevor Patienten wie nebenbei ihrem Empfinden Ausdruck geben, dass sie sich auch ruhiger, entspannter und wohler fühlen.

Fallbeispiel: Herr C., 50 Jahre

Das Monochord bezeichnet Herr C. als „erdig, wie eine Landschaft.“ Er assoziiert bei erstem Hören eine Kuhweide, während der anschliessenden Tiefenentspannung eine hügelige Landschaft „wie im Appenzell“. Die Koto sei „luftiger, wind- und vogelhaft“. Den Zusammenklang beider Instrumente erlebt Herr C. beruhigend, das Monochord „als Boden“, die Koto „als Melodie“.

Zu Beginn habe er sich durch eine Putzmaschine im Gang irritiert gefühlt. Mit den Klängen sei Beruhigung eingetreten. Hin und wieder sei auch das Ohrgeräusch „gross“ geworden. Er habe beides nebeneinander gehört und versucht, sich immer wieder auf die Klänge zu konzentrieren. Nach $\frac{3}{4}$ der Zeit sei er so „abgetaucht“, dass er wahrscheinlich bald eingeschlafen

wäre. Er berichtet von vielfältigen Gedanken und inneren Bildern, die zum Teil auch seine Aufmerksamkeit vom Ohrgeräusch weggelenkt hätten. Er fühle sich im Anschluss körperlich angenehm schwer.

Fallbeispiel: Frau B., 32 Jahre

Frau B. sagt, sie sei „weit weg“ gewesen, fast eingeschlafen. Zunächst habe sie ganz aktiv gehört. Dann irgendwann sei die Musik „einfach da“. Der Körper fühle sich im Anschluss leichter an. Sie sei entspannter und habe viele innere Bilder wahrgenommen.

Ein anderes Mal berichtet die Patientin, sie habe mit den Klängen „ein Kino im Kopf“ gehabt, „20 verschiedene Filme“. Die immer gleichen Töne hätten sie schnell weggetragen. Eine Veränderung in der Melodie, ein neuer Ton hätten ein Umschalten der Bilder bewirkt. Frau B. sagt, sie habe während der Übung gut loslassen können.

Fallbeispiel: Frau H., 57 Jahre

Die Patientin berichtet, dass sie im Monochordklang verschiedene Töne gehört habe. Sie bemerkt ebenso, dass gegen Schluss auch die Koto zu hören war, was wiederum andere Obertöne hervorgebracht habe. Beides sei schön gewesen. Doch einen besonderen Bezug habe sie zum Monochord. Es fasziniere sie, wie viele Töne man bei diesem Instrument heraushören könne. Körperlich berichtet sie ein leichtes Schwebefühl und eine wie von selbst entstehende Bewegung des Körpers, der sich mit dem Einatem wie ausgedehnt, mit dem Ausatem wieder nachgegeben habe. Sie spüre eine sehr grosse Veränderung. „Ich fühle mich innerlich entspannter und unheimlich stark. Ich spüre seit langem wieder Leben in mir.“

Zu einem anderen Zeitpunkt beschreibt Frau H. die folgende Beobachtung. Mit dem ersten Anstreichen des Monochords habe sich der Kopf angenehm leicht angefühlt, „wie nach oben gezogen“. Es sei „wie ein Strecken“. Die Patientin sagt, sie sei ruhiger geworden und fühle wieder Zuversicht.

Eine vordergründige Fixierung auf Entspannung könnte feinere Zeichen der Veränderung übersehen, nicht entsprechend gewichten und beim Patienten den Eindruck entstehen lassen, dass sich mit der Übung nichts getan habe, sie bei ihm (wie so vieles andere vorher) nicht wirke.

Die Aufforderung zu reiner Beobachtung ermöglicht einen unbeschwertem Übungseinstieg und fördert zugleich die differenzierte Wahrnehmung auf körperlicher und geistiger Ebene. Konnte der Patient den Unterschied von Spannung und Entspannung spüren? Wie fühlt sich das Eine, wie das Andere an? Welche inneren Bilder, Gedanken und Gefühle entstanden? Was bedarf einer Weiterbearbeitung im Gespräch?

Patienten berichten mitunter von der Empfindung zu schweben. Der Körper fühle sich leicht an. Manche nehmen mit den Klängen des Monochords eine Art sanftes Wiegen oder Schaukeln wahr, manche Wärme oder ein feines Kribbeln. Andere berichten von einer Art Energie, die mit den Klängen ihren Körper wellenförmig durchströme oder spüren eine Synchronisierung ihres Atems. Häufig damit verbunden sind Empfindungen von Geborgenheit, Behütetsein und Freisein von Angst.

Loslassen, Abbau von Überspannung auf körperlicher und geistiger Ebene können Gedankenkreisen, Ängste und Gefühle der Ohnmacht durchbrechen. Zunächst reicht es auch aus, diese Erfahrung nur kurzzeitig zu machen. Grundlegend ist zu erleben, dass es überhaupt möglich ist. Auch der Tinnitus und Umgebungsgeräusche werden von Patienten während der Tiefenentspannung zum Teil nicht mehr oder weniger störend wahrgenommen. Eine Patientin stellt fest, dass sie im entspannten Zustand besser hören könne (Tab. 26).

Entspannungshilfen für den Alltag oder das Prinzip „Übung“

Ein weiterführendes Ziel ist, dem Patienten nach und nach Mittel an die Hand zu geben, künftig eigenverantwortlich und kompetent etwas für sein Wohlbefinden zu tun.

Tab. 26: Patientenaussagen zu beobachteten Veränderungen durch die Musiktherapeutische Tiefenentspannung (n=33)
- habe mich schon lange nicht mehr so entspannt gefühlt – dadurch auch Tinnitus leiser
- Übung wird jedes Mal besser
- Klang des Monochord ist facettenreich, höre tiefe, mittlere und hohe Töne wie Frauenchor, Auf und Ab der Schwingung fasziniert mich
- fühle mich wie neu geboren, leichteres Körpergefühl
- Entspannung = Wohlgefühl, Hochgefühl, auf anderer Ebene schweben, loslassen können, in sicherer Umgebung fühlen, keine negative Anspannung, kein Zeitgefühl
- Hände wurden warm, fühle mich schwerelos
- angenehmes Kribbeln von Bauch bis Zehenspitzen, Wärme, Koto bietet klanglich mehr Abwechslung, mag Klänge
- prozesshafte Formulierungen besonders hilfreich, Schwebезustand, Farben, Gefühl zu fliegen, Zeit wird relativ
- fühle mich gelöster, Klänge führen in höhere Sphären
- Kribbeln im ganzen Körper, Tinnitus mit Klängen wie weg
- bin ruhiger und klarer, Schweben wie auf einer Luftmatratze, weniger Kopfschmerz, Kopf angenehm leer, fühle mich erfrischt, eingemittet und gelöster, habe Umgebungsgeräusche nicht mehr wahrgenommen
- Körper ist schwerer, Muskelzuckungen als Zeichen wirklicher Entspannung, Tinnitus nicht störend, Übung wird mit Vertrautheit immer entspannender, werde lernen auch selbst zu entspannen
- bin durch Klänge vom Ohrgeräusch freier geworden, alles andere ist im Hintergrund, Körper fühlt sich leicht, schwebend, gelöster und entspannter an, spüre durch Klänge feine Vibrationen an Händen und Armen - wie Gänsehaut
- Körper ist gelöster, spüre Wärme
- Klänge von Monochord und Koto sind abwechslungsreicher und angenehm, fühle mich ruhiger und gelöster, wenn ich entspannt bin höre ich auch besser
- weniger Druck im Gesicht, Klänge wie ein Bächlein angenehm, Entspannung mit PMR intensiver
- spüre intensive Heilwirkung der Klänge, Klänge wurden vom Bauch wie aufgesaugt, Wärme, Kribbeln, Schweben, gelöstes Körpergefühl in Bereichen die bisher chronisch angespannt und schmerzhaft waren
- fühle wie mehr Energie, angenehme Zuckungen im tauben Ohr, innerlich ruhiger

„Die Erfahrung, Kompetenz dadurch zu gewinnen und einsetzen zu können, dass die Fähigkeit zur Selbstentspannung mit sicherer Wirkung zur Verfügung steht, fördert nach Brockert (2002) unter anderem „Optimismus und Hoffnung in schwierigen Lebenssituationen;...Glaube an uns selbst...; Kreativität bei Problemlösungen; klare Sicht unserer Gedanken, Gefühle, Intentionen; gutes Selbstmanagement; positive Auswirkungen auf Körper, Geist und Seele...“ (Selle 2004)

Der Patient soll selbst in der Lage sein, durch Eigensuggestion oder in Verbindung mit verbaler Anleitung von CD Entspannungsübungen auszuführen und zur Erhaltung seines Wohlbefindens in den Alltag zu integrieren. Im Zentrum steht hier die Frage, was hilft dem Patienten? Was kann er wie selbst anwenden? Welche eigenen Ziele formuliert er hierzu? Diese Fragestellungen fördern zugleich ein nochmaliges Bewusstwerden eigener Ressourcen des Patienten. Welche Erfahrungen hat er im therapeutischen Rahmen gesammelt? Wie plant er, sie in den Alltag zu integrieren? Grundlegend ist hierbei das Prinzip „Übung“.

Christoph Schwabe spricht vom „*Einüben einer Aufmerksamkeitshaltung, die auch zu einer Lebenshaltung werden kann.*“ und die er der Meditation gleichsetzt (Schwabe 2004).

Sichtweisen, was unter Meditation zu verstehen ist, sind heute sehr vielfältig, zum Teil konträr. Ausgegangen wird hier von einer Betrachtungsweise, die Meditation als Schulung des Geistes versteht, eine Gewöhnung des Geistes an ein heilsames Objekt. Es handelt sich also um einen aktiven Vorgang, der regelmässiger Wiederholung und Übung bedarf und die bewusste Aufmerksamkeit des Patienten voraussetzt.

30 Patienten (90,90%) bezeichnen die Entspannungsübungen in der MHT als hilfreich, auch für den nun anstehenden Alltag. Die Pläne für die Umsetzung sind so individuell wie die Patienten selbst und beginnen bereits bei scheinbar einfachen Dingen wie einem ruhigen Hörspaziergang oder dem Vorhaben, künftig vor stressigen Situationen bewusst eine Pause einzulegen, Kraft zu schöpfen und auf das eigene Befinden vorausschauend zu achten. Auch bewusstes Musikhören und die Anwendung autosuggestiver Verfahren mit oder ohne Anleitung von CD werden von den Patienten benannt. Zugleich scheint vielen von ihnen bewusst, dass egal für welche Möglichkeiten sie sich entscheiden, ihre innere geistige Haltung der Achtsamkeit und Beharrlichkeit grundlegend über Erfolg und Misserfolg entscheiden wird.

10. Falldokumentationen

Im folgenden Kapitel werden zehn Fallberichte in ausführlicher Form vorgestellt. Ziel ist hierbei, Vorgehens- und Wirkweisen der MHT an konkreten Beispielen zu verdeutlichen. Zugleich soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Bereich die MHT letztlich anzusiedeln ist.

10.1. Frau L., Herr B.... - 10 ausführliche Fallberichte

Fallbericht Nr. 1: Frau L., 76 Jahre, verwitwet, Rentnerin

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 31. 3. 2006

Anamnese:

Frau L. leidet seit 10 Jahren unter einem rauschenden Ohrgeräusch rechts, dass sie zum Teil auch im ganzen Kopf wahrnimmt und das erstmals in Zeiten beruflicher Anspannung aufgetreten sei. Seit 1 Jahr sei ein permanenter Drehschwindel hinzugekommen, der die Tinnituswahrnehmung und auch die Empfindlichkeit auf Umgebungsgeräusche verstärke. Ihr linkes Ohr erlaubte nach einem Fliegerangriff in der Kindheit. Eine Hörgeräteversorgung wurde vor 7 Jahren erfolglos versucht.

Sozialanamnese:

Frau L. ist verwitwet und lebt allein. Sie hat keine eigenen Kinder, aber einen Stiefsohn.

HNO-Befund:

Schwerstgradiger Tinnitus bei Morbus Menière, sehr schwere Hyperakusis, leicht- bis mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts sowie eine Gehörlosigkeit links. Der Tinnitus ist mit 15 dB Schmalbandrauschen bei 1000 Hz zu vertäuben. Die Unbehaglichkeitsschwelle liegt rechts bei 55 – 70 dB.

Psychostatus:

Frau L. ist wach, bewussteinklar und zu allen Qualitäten orientiert. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind ungestört. Bei der Patientin besteht

eine leichte Konzentrationsminderung. Formalgedanklich ist sie auf ein leichtgradiges, depressives Erleben eingengt. Inhaltlich wird die Tinnitusproblematik thematisiert. Frau L. zeigt keine Anzeichen für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen, Wahn oder Zwang. Sie ist freundlich, aufgeschlossen und gut schwingungsfähig. Angaben zu psychovegetativen Beschwerden werden von ihr nicht gemacht. Es besteht keine Suizidalität.

Somatische Erkrankungen:

Die Patientin berichtet von leichten Herz-Rhythmusstörungen, gegen die sie Medikamente einnehme.

Diagnosen:

Hauptdiagnose: Tinnitus aurium H93.1

Nebendiagnose: Depression, monopolar – nicht näher bezeichnet F33.9

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, 1 h Genusstraining in der Gruppe, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln, 1h Bewegungstherapie in der Gruppe.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Frau L. hört ein Rauschen im ganzen Kopf, das sie bei stärkerer Ausprägung mit einem Wasserfall vergleicht. Hin und wieder komme zeitweise ein Pfeifton unterschiedlicher Tonhöhe hinzu.

Subjektives Hörempfinden:

Frau L. nimmt ihre Umgebung zum grossen Teil als unangenehm laut wahr. Besonders hohe, schneidende und schrille Stimmen ertrage sie nur schwer. In einem Raum mit mehreren Personen könne sie die für sie wichtige Information durchaus heraushören. Die anderen Stimmen nehme sie dabei nur noch verschwommen wahr.

Bisheriges Hörverhalten:

Frau L. hört circa einmal pro Woche ganz bewusst Musik zum Genuss. Das sei seltener als früher, weil ihr heute schnell das Ohr „weh tue“. Konzerte habe sie zuletzt vor 10 Jahren besucht. Sie sei oft mit ihrem Mann ins Konzert gegangen und vermisse es. Aufgrund ihrer Empfindlichkeit gegenüber hellen und hohen Tönen müsse sie nun auch diese Situationen meiden.

Frau L. besucht regelmässig Gottesdienste, wo sie sich bei lauterem Orgelklängen das Ohr zuhalten muss.

Hörvorlieben:

Frau L. mag klassische Musik und ganz besonders Verdis Opern wie „Luisa Miller“ nach einem Libretto von Schiller. Doch auch von Violinkonzerten Beethovens und der „Kleinen Nachtmusik“ von Mozart ist sie sehr angetan. Neben Vogelstimmen hört sie gern das Rauschen des Baches, der an ihrem Haus vorbeifliesst. Er verdecke oft ihr Orgeräusch und helfe beim Einschlafen.

Ein Instrument hat die Patientin nie gespielt, was sie heute bedaure. Doch sie singe oft für sich allein alte Weisen aus Kindertagen, die sie mit ihrer Mutter gesungen habe. Oft werde sie in der Nacht wach und habe Mühe wieder einzuschlafen. Dann beginne sie zu singen, manchmal eine Art Gesang gegen die Angst.

Entspannungstechniken:

Entspannungstechniken sind Frau L. nicht bekannt. Doch sie sticke täglich und sehr gern. Es tue ihr gut und lenke sie von Ohrgeräusch und Schwindel ab. Auch das Singen könne sie beruhigen.

Erwartungen und Ziele:

Frau L. leidet unter ihren Ohrgeräuschen, vielen Geräuschen der Umgebung und unter ihrem häufig auftretenden Drehschwindel. Sie erhofft sich durch die Therapie lindernde Hilfe im Umgang mit Ohr- und anderen Störgeräuschen und eine Verringerung ihrer Schwindelattacken.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Schon beim ersten Hineinhören in Mozarts Konzert für Flöte und Harfe ist Frau L. von der Musik angetan und möchte sie für das tägliche Musikhörtraining nutzen. Die Musik löse Gefühle des Wohlbefindens und der Entspannung aus, ganz im Gegensatz zu Entspannungsmusik von Deuter (gedacht zur Nacht), die ihr zu unstrukturiert sei und mit der sie nichts anfangen könne.

Trotz Gehörlosigkeit auf dem linken Ohr möchte die Patientin das Hören mit Kopfhörer ausprobieren und nimmt sehr schnell und interessiert die Bedienungsmöglichkeiten von Wiedergabegerät und Kopfhörer auf. Ihren ersten Eindruck von dieser Art des Hörens bezeichnet sie als angenehm und kommt in der folgenden Zeit gut damit zurecht. Sie berichtet, dass sie sich mit der Musik ganz leicht fühle und trotz geringer Lautstärke den Tinnitus nicht wahrnehme. Schnell verlangt Frau L. nach zusätzlichen Musikstücken und weitet das tägliche Hören auf das D-Dur Violinkonzert von Mozart, später auch auf die „Kleine Nachtmusik“ aus. Sie scheint mit der Musik regelrecht aufzuleben, hört in die einzelnen Instrumentalstimmen und berichtet von einem wohlig warmen Körpergefühl und inneren Bildern. So beschreibt sie eine Wiese voller Vergissmeinnicht: „Ich liege mit ausgebreiteten Armen in der Wiese und genieße es, lausche dem Vogelgesang und bin glücklich.“ Hier erinnerte die Patientin einen Ausflug ins Wallis in frühen Ehejahren, den sie mit ihrem Mann sehr genossen habe. Nur in die Wiese hätte sie sich damals nicht gelegt und es heute mit der Musik nachgeholt. Frau L. möchte die verschiedenen Musikstücke gern auch nach der Klinik weiter hören und freut sich sehr, dass sie die Aufnahmen mit nach Hause nehmen kann.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Bereits während der ersten Übung zur Körper- und Hörwahrnehmung fühlt sich Frau L. sichtlich wohl und beschreibt ein angenehmes Kribbeln in den Händen. Bei den folgenden multisensorischen Blindführübungen lässt sie sich trotz Schwindels aufgeschlossen auf die Übung ein und berichtet im Anschluss, dass sie sich sicher und gut gefühlt habe. Ihre Sinneseindrücke

beschreibt sie sehr vielfältig und staunt über die vielen angenehmen Eindrücke, die sie als Anregung empfinde. Das Hören mit geschlossenen Augen sei viel intensiver und sie habe den Eindruck, dass das „sehende“ Hören dadurch positiv beeinflusst werde. Der Tinnitus sei zum grossen Teil in den Hintergrund getreten.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Frau L. experimentiert mit verschiedenen Klang- und Geräuschinstrumenten, die sie zunächst mit geschlossenen Augen auch über den Tastsinn ergründet. Zum Teil kann sie die Schwingungen der Instrumente auch im Körper spüren und das Gehörte mit inneren Bildern verbinden. Während sie die Salzdosen leicht unangenehm empfindet, nimmt sie die Klangschaale im Bauchbereich angenehm wahr.

Übungen zur Geräuschklassifizierung bewältigt Frau L. trotz einseitiger Ertaubung gut. So gelingt es ihr, auch im Störschall verschiedene Vogelgesänge zu unterscheiden, mitunter sogar zu bestimmen und räumlich zuzuordnen. Auch leisere Hintergrundgeräusche und einzelne Stimmen aus einem vielfältigen Hörangebot kann sie heraushören.

Zu unangenehm empfundenen Höreindrücken findet sie rasch positive Bilder. So assoziiert sie zum lauten Stuhlrücken im Bereich der Kantine die angenehmen Eigenschaften einer Sitzgelegenheit, auf der man sitzen und ausruhen könne. Zum lauterem Stimmengewirr entwickelt sie das Bild von Menschen, die gemütlich beieinander sitzen.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Hin und wieder spielt die Patientin zur Einstimmung auf die Musikunterstützte Tiefenentspannung selbst das Monochord und lauscht dabei versunken und hingebungsvoll den entstehenden Klängen. Klang und Spielgefühl verbunden mit feinen, körperlich spürbaren Schwingungsempfindungen möge sie sehr gern.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Für die erste Übung zur Musiktherapeutischen Tiefenentspannung entscheidet sich Frau L. für die Koto, reagiert auf die hohen Töne zunächst jedoch empfindlich. Erst mit vergrössertem Abstand zum Instrument,

bestimmt durch die Patientin und sanftem Spiel durch die Therapeutin bezeichnet Frau L. die Klänge als angenehmer. Bei folgenden Wiederholungen der Übung wünscht sie sich das Monochord statt der Koto und bemerkt, dass sie sich damit wohler fühle und gut entspannen könne. Später beziehen wir auf Wunsch der Patientin auch den 2. Satz aus Mozarts Violinkonzert D-Dur und den ersten Satz aus der „Kleinen Nachtmusik“ in die Übung ein. Das in Verbindung mit der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung immer wieder spontan geäußerte Wohlgefühl umschreibt die Patientin nicht näher. Die Übung tue ihr einfach gut.

Zusammenfassung:

Frau L. leidet bei Eintritt in die Klinik unter ihren Ohrgeräuschen und nimmt auch einen Grossteil ihrer Umgebung als unangenehm laut wahr. Überraschend schnell gelingt es der Patientin über die Hinwendung zu angenehmen Höreranregungen, die Ohrgeräusche in den Hintergrund zu verlagern. Eine wichtige Rolle spielt hierbei das tägliche Musikhören, mit welchem Frau L. förmlich aufzublühen scheint. Doch auch Naturgeräusche und die Suche nach angenehmen Bildern für unangenehme Umgebungsgeräusche, verbunden mit dem Wissen um tatsächlich das Gehör schädigende Schallpegel, beeinflussen ihre Hörwahrnehmung positiv. Zugleich scheint der menschliche Kontakt mit Personal und Mitpatienten der allein lebenden Frau sehr gut zu tun und sich auf ihr Gesamtbefinden aufhellend auszuwirken. Durch den menschlichen Kontakt scheint auch der Schwindel abzunehmen.

Beobachtungen zur Beziehung Patientin – Therapeutin:

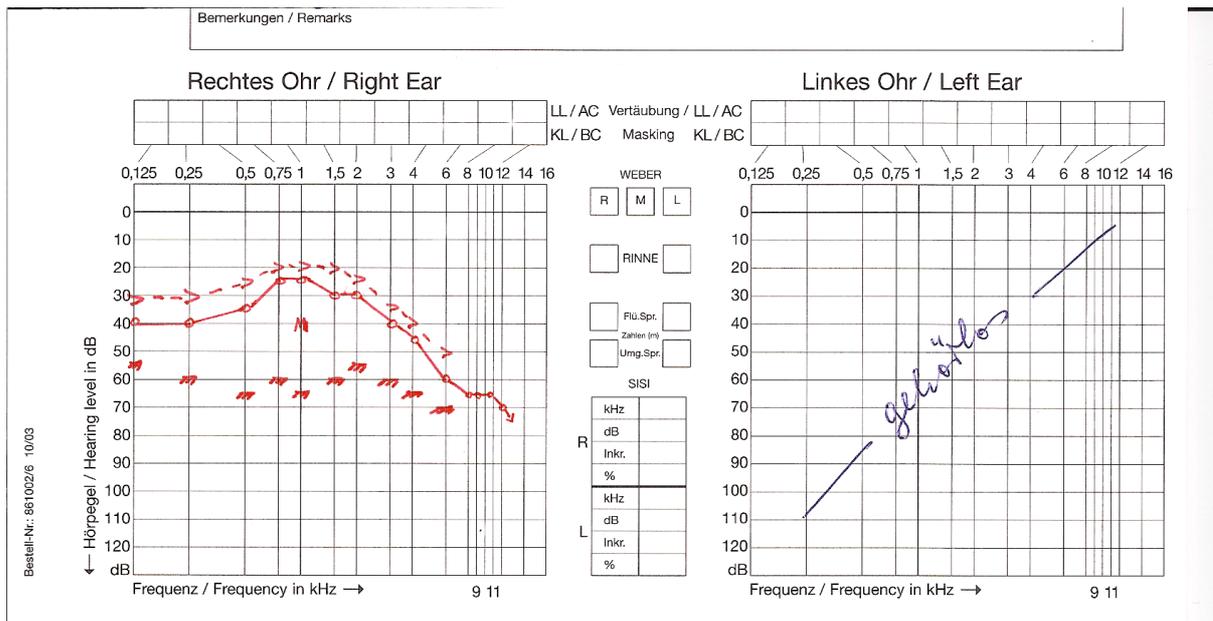
Frau L. war meine allererste Patientin in der Tinnitusklinik Chur, eine gepflegte, freundliche und aufgeschlossene Person von zierlicher Statur. Trotz ihrer Taubheit auf dem linken Ohr funktionierte die Kommunikation mit ihr ohne Probleme, so dass ich mir manchmal selbst bewusst in Erinnerung rufen musste, dass Frau L. nur auf einem Ohr hören konnte. Im Nachhinein

scheint diese Empfindung auch dadurch begünstigt worden zu sein, dass Frau L. schon von Beginn an so erwartungsfroh der Therapie und dem Hören an sich begegnete. Ich empfand immer wieder eine grosse Aufgeschlossenheit und auch Experimentierfreude bei der bereits 76-jährigen Patientin und ich hatte stets das Gefühl, dass unsere Begegnungen über die Auseinandersetzung mit dem Hören neben der Erarbeitung von Strategien im Umgang mit Tinnitus und Hyperakusis vor allem seelische Nahrung für sie bedeuteten. Frau L. genoss ganz augenscheinlich das menschliche Miteinander in der Musik- und Hörtherapie. Hierbei wirkte sie stets aufmerksam, äusserst reaktionsschnell und nahm besonders an spielerischen Übungselementen sichtlich freudigen Anteil. Dennoch wirkte ihr Umgang mit den angebotenen Übungen niemals wahllos. Frau L. schien es wichtig, was und wie sie hörte und sie äusserte ihre Erfahrungen, Befindlichkeiten und die daraus resultierenden Wünsche sehr differenziert und konkret. Mit Frau L. die Vielfalt menschlichen Hörens und Wahrnehmens und vor allem auch das „Wunder Musik“ immer wieder neu zu entdecken, war für mich als Therapeutin sehr bereichernd und erfüllte mich immer wieder mit Dankbarkeit.

Resultate:

TF	Eintritt 23.3.2006	Austritt 20.4.2006
Gesamt	67 (sehr schwer)	26 (leicht)
Emotionale Belastung	21	5
Kognitive Belastung	11	4
Gesamt psych. Belastung	32	9
Penetranz Tinnitus	14	8
Hörprobleme	9	5
Schlafstörungen	6	1
Somatische Beschwerden	6	3
GÜF	38 (sehr schwer)	8 (leicht)

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 2: Herr B., 40 Jahre, gelernter Automechaniker und Taxifahrer

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 19. 9. 2006

Anamnese:

Herr B. erlitt 1986 durch einen Schiessunfall während des Militärdienstes ein Knalltrauma, das ihn bis heute gesundheitlich belastet. Seither habe er das Gefühl, dass mit seinem Gehör etwas nicht mehr in Ordnung sei. So trete nach Konzertbesuchen und dem Aufenthalt in geräuschvollere Umgebung ein zeitweiliges Pfeifen in den Ohren auf, welches zunehmend durch Schweissausbrüche, zum Teil verbunden mit Ängsten, begleitet werde. In erster Linie fühle er sich durch Lärm beeinträchtigt. Der Tinnitus sei nur zeitweise ein Problem. Ausserdem plage ihn beinahe täglich Drehschwindel, der von 30 min bis zu 5 - 6 Stunden dauern könne und häufig mit Müdigkeit, manchmal auch mit Kopfschmerz und Lichtempfindlichkeit verbunden sei. Er fühle sich dann wie betrunken, müsse die Augen schliessen und sich kurz hinsetzen.

Sozialanamnese:

Herr B. wuchs als jüngstes von drei Kindern auf. Seine Eltern führten ein Restaurant und einen Bauernhof, wo es üblich war, dass auch die Kinder viel mithalfen. Seine Kindheit und Jugend bezeichnet er dennoch als schön. Nach der obligatorischen Schulausbildung erlernte er den Beruf eines Automechanikers und stieg im Anschluss als Lastwagenfahrer in den Transportbereich ein. Diese Zeit bezeichnet er als interessant und lehrreich. Nach Arbeiten in verschiedenen Bereichen übernahm Herr B. 1989 gemeinsam mit seiner Lebenspartnerin das elterliche Restaurant, indem er vor allem an den Wochenenden mithalf, um unter Woche wieder als Lastwagenfahrer tätig zu sein. Vermehrt auftretender Schwindel, Kopfschmerzen und das Gefühl „ausgebrannt“ zu sein, veranlassten ihn 2005 eine dreimonatige Auszeit zu nehmen und mit seiner Partnerin nach Amerika und Kanada zu reisen. Hierfür kündigte er seine Anstellung. Während der Reise bemerkte Herr B. eine Verstärkung seiner Lärmempfindlichkeit, die ihn nun bei der Suche nach einer neuen Anstellung - derzeit ist er zu 30 % als Taxichauffeur tätig - beeinträchtigt.

HNO-Befund:

Schwerstgradiger, chronischer Tinnitus aurium, sehr schwere Hyperakusis. Der Tinnitus ist beidseits mit Rauschen von 5 dB über der Hörschwelle bei 8000 Hz zu vertäuben. Die Unbehaglichkeitsschwelle ist rechts auf 50 – 75 dB abgesunken. Links betrug sie 70 – 95 dB. Die Reintonaudiometrie zeigt rechts eine Senke von 25 dB bei 1500 Hz und einen Hochtonabfall von 30 dB bei 8000 Hz und 40 dB bei 12000 Hz. Links besteht ein Abfall von 30 dB bei 3000 Hz, 25 dB von 4000 – 8000 Hz und 50 dB bei 12000 Hz. Eine otogene Ursache des Schwindels ist unwahrscheinlich.

Psychostatus:

Der Patient ist wach, bewusstseinsklarer und zu allen Qualitäten orientiert. Es bestehen keine Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Sein Denken ist formal geordnet. Zudem besteht weder ein Anhalt für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen noch für Wahn oder Zwang. Affektiv zeigt sich

ein freundlich zugewandter und kommunikativer Patient, der sich glaubhaft von Suizidalität distanzieren kann.

Somatische Erkrankungen:

Es werden keine somatischen Erkrankungen angegeben. Der Patient ist in einem gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand.

Die internistische und die neurologische Untersuchung sind unauffällig.

Diagnosen:

Hauptdiagnosen: Phonophobie F40.2

Tinnitus aurium H93.1

Nebendiagnose: Hyperakusis H93.2

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, Expositionstraining, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Herr B. hört ein hochfrequentes Pfeifen beidseits, das er vor allem unter Lärmbelastung, Überforderung und Stress wahrnehme.

Subjektives Hörempfinden:

Herr B. fühlt sich vor allem durch Lärm beeinträchtigt und erlebt sein Hörumfeld oft als schädigend und zu laut, verbunden mit der Sorge um sein Gehör. Der Tinnitus sei nur zeitweise ein Problem, da er meist nur leise oder manchmal auch gar nicht zu hören sei.

Bisheriges Hörverhalten:

Herr B. meidet Situationen wie Konzert, Kino und Theater völlig, weil er sie als zu laut erlebt. Auch im Alltag ist er immer wieder versucht, unangenehme Höreindrücke zu meiden. So müsse seine Partnerin das Rasenmähen übernehmen, weil er den Lärm nicht vertrage. Eigentlich hätte er gern einen Hund. Doch man könne ihm ja nicht das Bellen verbieten.

Im häuslichen Rahmen hört der Patient gern Musik als Begleitung zu Hausarbeiten. Auch bei seiner Tätigkeit als Taxifahrer läuft regelmässig das Radio. Neben seinem Interesse für Sendungen über das aktuelle Tagesgeschehen schaffe die Musik eine angenehme Atmosphäre, die wohnlich und unterhaltsam sei.

Hörvorlieben:

Der Patient bevorzugt Popmusik und Schlager, zum Teil auch volkstümliche Musik. Hörerfahrungen mit Klassik habe er kaum.

Gern mag er den Klang verschiedener Naturgeräusche wie Wasser, Blätterrauschen, Wind und Vogelgesang, wobei er allerdings hohe, ihm unangenehme Frequenzen meide.

Ein Instrument hat Herr B. nicht gespielt und in der Schule habe der Lehrer ihn und zwei weitere Mitschüler aufgefordert, beim Singen nur den Mund zu bewegen. Dennoch singe er heute hin und wieder ein Lied oder einen Schlager im Radio mit.

Entspannungstechniken:

Herr B. hat bisher keine Erfahrungen mit Entspannungstechniken. Er fährt jedoch gern Rad und Tourenski. Dabei empfinde er Freude und habe das Gefühl, es sei alles wieder Ordnung. „Radfahren ist ruhig, man ist frei und kann machen, was man will.“

Erwartungen und Ziele:

Herr B. hofft durch die Therapie wieder Freude am Hören zu erlangen. Er möchte sich seinem häufig als schädlich wahrgenommenen Hörumfeld wieder ohne Angst und Unbehagen nähern können und verbindet damit den Rückgewinn von Lebensfreude.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Herr B. hört den 2. Satz aus Mozarts „Kleiner Nachtmusik“ und bezeichnet die Musik bei erstem Hören als überwiegend angenehm beruhigend. Lediglich drei kurze, hochfrequente Stellen bereiten ihm zunächst Probleme. Während nochmaligem Hören wartet er gespannt auf diese Klänge und kann so die Musik insgesamt nicht mehr recht geniessen.

Mit der Sichtweise, dass diese hohen Töne sein Ohr nicht schädigen, sondern sogar Sinnesenergie als eine Art „Medizin“ bereitstellen können, kann er sich vorstellen, die Musik zu hören und wählt sie für das tägliche Musikhörtraining.

Die Lautstärke stellt er bei Stufe 12 zu Beginn etwas hoch ein. Um sich den für ihn schwierigen Stellen vorsichtig nähern zu können vereinbaren wir, dass er bei Stufe 7 beginnt und nach und nach selbst die Schallstärke nach Befinden anhebt.

Bereits seine ersten Erfahrungen mit dem täglichen Hören bezeichnet Herr B. als gut. Er fühle sich mit der Musik wohl und höre nun bereits alle vier Sätze des Werkes. Der Versuch, eine eigene CD mit Popmusik wieder zu hören, habe hingegen zunächst Unbehagen ausgelöst.

Innere Bilder kann Herr B. weniger wahrnehmen, wenngleich ihm zur Musik Gedanken des Alltags durch den Kopf gingen. Das selektive Hören auf einzelne Instrumente gelinge ihm gut und ihn spreche besonders das Hören über Kopfhörer an. Er habe so kaum Ablenkung. Mit der Zeit beobachtet Herr B. eine zunehmend entspannende Wirkung der Musik. Manchmal höre er nur die ersten Takte der „Kleinen Nachtmusik“ und schlafe schon ein.

Hin und wieder hört der Patient nun zusätzlich auch Musik von ABBA und anderen Interpreten wieder mit Genuss. Neben der Suche nach neuen Musikstücken für das künftige, bewusste und genussvolle Hören im Alltag plant er die Anschaffung eines eigenen Kopfhörers.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Während multisensorischer Blindführübungen im Freien gelingt es Herrn B. sehr rasch, seine Wahrnehmung auf angenehme Sinnesreize zu lenken und sie differenziert zu beschreiben. So mag er das Geräusch des Brunnens im Park und nutzt es sogar zur Orientierung. Das Hören sei mit geschlossenen Augen viel intensiver. Vorüber fahrende Autos und andere „Störgeräusche“ wie Rasenmäher und -trimmer nehmen seine Aufmerksamkeit nur kurz in Anspruch, treten schnell in den Hintergrund und werden nach und nach vom Patienten kaum noch wahrgenommen.

Zu Beginn empfindet Herr B. das Stuhlrücken und Geschirrkloppern im Aufenthaltsbereich der Station als besonders störend und versucht, es zunächst zu meiden. Er bekomme schwitzende Hände und Verspannungen im Kopf- und Nackenbereich. Die Situation umschreibt er mit den Worten: „Du suchst einen Fluchtweg.“ Vorsichtige Schritte der Annäherung verbunden mit einer Neubewertung und der Hinwendung zu angenehmen Sinnesreizen ermöglichen dem Patienten nach und nach eine deutliche Entlastung. Herr B. kann sein Schonverhalten verringern und die einst bedrohlich empfundenen Geräusche besser aushalten. So berichtet er, dass er zu Hause das Altglas ohne Gehörschutz entsorgen konnte und sogar einige Flaschen extra aneinander geschlagen habe und dabei selbst überrascht gewesen sei, „warum das plötzlich so gut geht.“ Zugleich schildert er die Erfahrung, mit Hilfe gezielter Konzentration - beispielsweise auf seine Körperwahrnehmung - Umgebungslärm zeitweise regelrecht vergessen zu können.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Herr B. erkundet mit Neugier und Spielfreude verschiedene Geräusche und Klänge und entdeckt hierbei zugleich angenehme Hörreize. Den weichen Klang der Salzdosens mag er besonders und kann gut den feinen Schwingungsempfindungen in den Ohren nachspüren.

Der Klang des Regenrohres, auf den er zu Beginn der Therapie noch empfindlich reagierte gefällt ihm zunehmend gut, und er hört ihn nach ca. 3 Wochen auch in Nähe des Ohres gern.

Mit Übungen zur Geräuschklassifizierung und Hören im Störschall gelingt es ihm vermehrt, seine Aufmerksamkeit auf selbst bestimmte Höreindrücke zu lenken. Wiederholt äußert er sein Erstaunen darüber, wie leicht er sich dabei konzentrieren könne.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr B. fertigt während des Klinikaufenthaltes ein eigenes Regenrohr aus Bambus, das er im Hörvergleich mit einem anderen Instrument mühelos heraushört.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Zunächst sind Herrn B. die Klänge des Monochords und auch der Koto einfach nur angenehm. Bereits während der ersten Tiefenentspannung hat er das Gefühl, gut entspannen zu können. Diese Wirkung steige mit der Dauer des Hörens. Bei späteren Wiederholungen der Übung nimmt er ausserdem ein Wärmegefühl in den Armen wahr.

Zusammenfassung:

Verursacht durch einen Knalltrauma beim Militär vor etwa 20 Jahren entwickelt Herr B. eine starke Angst vor lauten Geräuschen. Im Besonderen Knall- und Schiessgeräuschen bereiten ihm Probleme. Ein hieraus resultierendes, zunehmendes Schonverhalten über mehrere Jahre begünstigt die Ausbildung einer Geräuschüberempfindlichkeit. So empfindet der Patient vermehrt auch normale Alltagsgeräusche als beeinträchtigend. Bei Eintritt in die Klinik ist das Hörverhalten von Herrn B. geprägt durch Vermeidung unangenehmer Hörsituationen. Seine Hörwahrnehmung ist verbunden mit der Sorge um sein Hörvermögen, das er aufgrund der vielen, von ihm als schädlich eingestuftten Höreindrücke gefährdet sieht.

Im Verlauf der Therapie gelingt ihm zunächst über angenehme Hörreize die schrittweise Umkehr seines Hörrückzuges hin zu einem Hören nach aussen. Zugleich macht er die Erfahrung, dass mit der Hinwendung zu selbst bestimmten Höreindrücken eine Abkehr von Ohr- und Störgeräuschen möglich ist und sie im Zuge einer positiven Neubewertung an Bedrohlichkeit verlieren können. Herr B. gewinnt wieder Freude am Hören als einer Quelle von Energie und Wohlbefinden und entdeckt zugleich das bewusste Hören von Musik, die er bisher meist nur nebenbei gehört hat. Herr B. erlebt Hören als Ressource.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Herr B. vermittelte schon zu Beginn der Therapie einen aufgeschlossenen, unkomplizierten Eindruck. Trotz seiner geschilderten Leiden wirkte er in sich

ruhig und ausgeglichen. Übungen und Anregungen begegnete er stets mit Interesse und testete sie auch selbständig auf ihre Alltagstauglichkeit. Seine damit verbundenen Erfahrungen schilderte er bildhaft und differenziert. Herr B. war wohl einer jener Patienten, die jegliche therapeutische Bemühung allein schon durch ihr aufrichtiges Interesse unterstützen. Die Dankbarkeit, die mir Herr B. für jede hilfreiche Erfahrung entgegenbrachte, konnte ich darum ebenso erwidern. Das Arbeiten mit Herrn B. geschah - wie mir schien - in einer für beide Seiten angenehmen, vertrauensvollen Atmosphäre, die den Boden für die Veränderungen bereitete, die Herr B. wiederholt als sehr hilfreich bezeichnete.

Resultate:

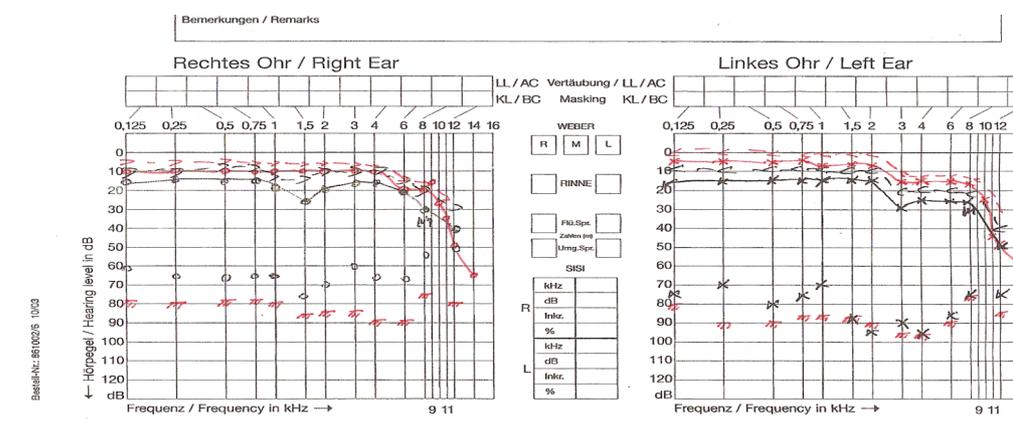
TF **Eintritt 18.9.2006 Austritt 24.10.2006**

Gesamt	51 (schwer)	27 (leicht)
Emotionale Belastung	16	8
Kognitive Belastung	11	4
Gesamt psych. Belastung	27	12
Penetranz Tinnitus	8	6
Hörprobleme	9	5
Schlafstörungen	4	1
Somatische Beschwerden	3	3

GÜF	35 (sehr schwer)	11 (mittel)
------------	------------------	-------------

Audiogramm bei Ein- und Austritt

--- Eintritt --- Austritt



Fallbericht Nr. 3: Frau S., 54 Jahre, stellvertretende Personalchefin einer Bank

Erstgespräch/ Beginn der Therapie: 12. 9. 2006

Anamnese:

Frau S. leidet seit 1991 auf dem linken Ohr an Tinnitus. Zudem besteht eine familiär bedingte, degenerative Innenohrschwerhörigkeit. Die Mutter der Patientin erhielt mit 50 Jahren Hörgeräte, ihr Bruder mit 23 Jahren. Sie selbst wurde mit 49 Jahren erstmals mit zwei In-dem-Ohr-Hörgeräten versorgt. Seither traten stressbedingt 4 - 5 akute Hörverschlechterungen auf, die jeweils als Hörsturz behandelt wurden, die Tinnituswahrnehmung verstärkten und neu auch auf das rechte Ohr verlagerten. Hinzu kam eine Geräuschüberempfindlichkeit. Seit April 2006 wurde eine offene Hörgeräteversorgung versucht, die jedoch die Hör- und Tinnituswahrnehmung stark beeinträchtigte, weshalb Frau S. wieder überwiegend ihre alten Hörgeräte trägt. Ihren Zustand bezeichnet die Patientin bei Eintritt in die Klinik als „immer wieder am Limit“. Sie habe sich aufgrund der zunehmenden Lärmempfindlichkeit und ihrer Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr sozial zurückgezogen und nehme ihre Ohrgeräusche in der Lautheit stark variierend, häufig sehr belastend wahr und leide auch unter Konzentrationsstörungen.

Sozialanamnese:

Frau S. ist kinderlos seit 37 verheiratet und bezeichnet die Beziehung zu ihrem Mann als sehr gut und harmonisch. Voll berufstätig und mit den Pflichten des Haushalts betraut, bleibe jedoch kaum Zeit für sie selbst und ihre Freizeitaktivitäten. Die Lebensfreude habe ein wenig abgenommen.

HNO-Befund:

Mittelgradiger Tinnitus (bei 11000 Hz mit 10 dB über der Hörschwelle zu vertäuben), mittelgradige Hyperakusis (Unbehaglichkeitsschwelle rechts bei 65 - 90 dB, links bei 60 - 90 dB), leichte bis mittelgradige, familiäre, degenerative Innenohrschwerhörigkeit beidseits (Hochtonabfall beginnend

bei 2000 Hz bis maximal 80 dB bei 12000 Hz), verzerrtes Hören von Männerstimmen durch die Tieftonschwerhörigkeit.

Psychostatus:

Frau S. ist eine wache, bewusstseinsklare, zu allen Qualitäten ausgezeichnet orientierte Person mit leichten Konzentrationsstörungen. Ihr formales Denken ist unauffällig. Es besteht kein Anhalt für Ängste, Zwänge oder wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Derealisationen. Affektiv ist die Patientin leicht deprimiert und berichtet von einem gewissen sozialen Rückzug. Suizidalität wird von der Patientin klar verneint.

Somatische Erkrankungen:

Die Patientin ist cardiopulmonal kompensiert. Zustand nach Hysterektomie im Alter von 30 Jahren. Glaukom, hämodynamisch nicht wirksamer Mitralklappenprolaps, Migräne, Z. n. Schilddrüsenzyste.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Depression F32.0

Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits H90.3

Migräne G43.0

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Frau S. leidet unter permanenten Ohrgeräuschen auf beiden Seiten, zeitweise auch im ganzen Kopf, die von leise bis sehr laut variieren. Stress, Alkohol, Lärm und zum Teil auch Medikamente können ihre Tinnituswahrnehmung verstärken.

Subjektives Hörempfinden:

Frau S. berichtet über eine Hörverzerrung im Tieftonbereich, die ihr sehr unangenehm sei, weil sie teilweise das Sprachverständnis trotz Hörgeräten stark beeinträchtigt. Sie fühle sich dann hilflos und unzufrieden. Das Herausfiltern wichtiger Informationen aus simultanen Hörangeboten sei häufig stark beeinträchtigt bis unmöglich. Auf Geräusche der Umgebung reagiert die Patientin vermehrt empfindlich. Die neuen Hörgeräte verstärken diese Empfindung, weshalb Frau S. wieder auf die alten Hörgeräte zurückgreift.

Bisheriges Hörverhalten:

Soziale Kontakte und den Besuch von Konzert, Theater, Oper oder Kino meidet Frau S. seit einiger Zeit. Oft sei die Lautstärke schwer zu ertragen. Sie habe sich deshalb Ohrstöpsel anfertigen lassen, die sie künftig für solche Situationen nutzen möchte. Musik hört die Patientin vorwiegend zur Entspannung ganz bewusst im Liegen, über Kopfhörer, um sich etwas Gutes zu tun.

Hörvorlieben:

Frau S. hört gern Naturgeräusche wie Wasser, Vogelgesang, Wind und Grillen. Circa 2 x pro Monat hört sie zudem Entspannungsmusik von Arndt Stein und eine CD mit Klangschalenmusik. Frau S. bevorzugt Klaviermusik. Ihr Mann spiele gern klassische Werke. Sonst habe sie kaum Hörerfahrungen mit klassischer Musik, sei aber aufgeschlossen für Neues. Wann sie zuletzt gesungen habe, könne sie nicht erinnern.

Entspannungstechniken:

Frau S. nutzt vor allem ruhige Musik zur Entspannung. Auch der Umgang mit Tieren wie z. B. „eine Katze auf dem Bauch“ vermittelt ihr Ruhe und Gelassenheit.

Erwartungen und Ziele:

Die Patientin wünscht sich einen leidfreien Umgang mit dem Tinnitus. Sie begreift ihr Ohrgeräusch bereits hin und wieder als Warnsignal vor Überlastung und hofft, durch die Therapie dieses Signal deutlicher wahrzunehmen, richtig zu verstehen und darauf zu achten, was ihr gut tut.

Zugleich erhofft sie sich eine Besserung ihres Hörvermögens und ihrer Geräuschüberempfindlichkeit. Sie möchte künftig auf Gehörschutz verzichten können und wieder Freude am Hören haben.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Frau S. ist vom Konzert für Flöte und Harfe von W. A. Mozart so angetan, dass sie sich ohne Gegenprobe sofort dafür entscheidet. Bereits während des ersten Hörens spürt sie ihren Körper schwebend, heiss und kribbelnd. Die Flöte berühre sie besonders intensiv, und sie habe das Gefühl, dass diese Musik energetisch „öffnen“ könne. Frau S. hört das Konzert in den folgenden Wochen mehrfach täglich und setzt sich intensiv mit verschiedenen Höraufgaben auseinander. Besonders eindrücklich beschreibt sie ihre mit den Klängen auftauchenden inneren Bilder, zu denen sie auch malt. Im Mittelpunkt stehen Farben, mit welchen sie Vorstellung wie Reinigung, Heilenergie und Kraft verbindet. So stehe Rosa für Liebe, Blau für Heilkraft und Reinigung und Lila für Heilenergie, die „über den ganzen Körper nach unten“ falle. Während des Hörens auf einzelne Instrumente spürt sie die Flöte vor allem im Kopf und in den Ohren, die Geigen im Halszentrum und die Harfe im ganzen Körper. Dabei sei die Flöte Ausdruck von Glücksgefühl, Wohlbefinden und Zufriedenheit. Die Harfe stehe für Schutz, Behütetsein, einen geschützten Rahmen. Zugleich intensivieren sich Körperempfindungen wie Wärme und wohltuendes Kribbeln am ganzen Körper. Ihre Ohrgeräusche nimmt Frau S. während des Musikhörens kaum noch wahr.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Neben Übungen zur Körperwahrnehmung gelingt es Frau S. auch während so genannter Blindführübungen schon nach kurzer Zeit, ihre Aufmerksamkeit auf tinnitusferne Sinnesreize zu lenken und die Wahrnehmung ihrer Ohrgeräusche in den Hintergrund zu verlagern. Feinfühlig nimmt sie Spüren und Hören häufig mit dem ganzen Körper auf und verbindet es zugleich mit eigenen Bildern und Vorstellungen. So spürt sie neben der Oberfläche eines Baumes auch seine Kraft durch ihren

Körper strömen und hat den Eindruck, „mit den Ohren zu sehen“, wobei ihr inneres Bild mitunter schöner gewesen sei als die Realität. Umgebungsgeräusche nimmt sie mit Ausnahme des Rauschens der Autobahn, zum grossen Teil nur noch „wie durch einen Schleier“ wahr. Die Autobahn sei ihr unangenehm, weil sie die Empfindung „präsent sein zu müssen“ hervorrufe. Mit dem Lauschen auf andere, angenehme Geräusche wie das Rascheln der Blätter oder das Plätschern des Brunnens gelingt Frau S. auch hier eine Aufmerksamkeitsverlagerung zu positiv besetzten Höreindrücken. Voll Vertrauen und Wohlgefühl gelingt es ihr, sich auf Spüren und Hören mit geschlossenen Augen einzulassen und im Anschluss ihre Wahrnehmungen detailgenau zu schildern. Den Tinnitus kann sie währenddessen zunehmend ganz vergessen.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Frau S. nähert sich verschiedenen Geräuschen und Klängen sehr aufmerksam und mit spielerischer Neugierde. Ihre Höreindrücke differenziert sie sehr genau und ordnet sie ebenso gezielt zu. Auch hier sind Hören, bildliche Vorstellung und Körperempfindung eng miteinander verknüpft. So vergleicht sie das Geräusch der Salzdosen mit einer „flauschigen Decke“, die auch Geborgenheit geben könne und doch zugleich angenehm aktivierend wirke. „Es komme über die Ohren und löse sich nach oben im Kopf auf.“ Den „weissen, hellen“ Klang der Klangschale spüre sie vor allem im Hals- und Herzzentrum. Hierbei mag sie besonders die feinen, hohen Klänge. Das Reißen eines Papiertaschentuchs kommentiert sie mit den Worten: „Wie wenn meine verklebten Ohren aufgehen.“

Im Mittelpunkt der Übungen steht neben der Förderung der subjektiven, auditiven Wahrnehmung der Patientin auch der Umgang mit unangenehmen Geräuschen in Verbindung mit einer positiven Neubewertung. So nimmt Frau S. den hohen Pfeifton ihres Computers bei der Arbeit in stressigen Situationen vermehrt wahr. Auf der Suche nach einem positiven Bild für diesen Höreindruck entwickelt die Patientin die Vorstellung, diesen Ton als eine Art Pausensignal zu verstehen, das an sinnvolle Zeit- und Kräfteinteilung erinnert.

Das Rauschen der Autobahn kann Frau S. nach und nach mit Mobilität verbinden. Auch das gezielte Fokussieren bestimmter Umgebungsgeräusche gelingt ihr in diesem Zusammenhang immer besser.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Neben dem Bau eines eigenen Regenrohres, welches sie als „genau das Richtige“ für sich bezeichnet, interessiert sich Frau S. für Monochord und Koto. Bei einer ersten Annäherung beginnt sie das Instrument im Wechsel auf beiden Seiten sehr vorsichtig zu spielen. Ihre sensitive Art der Körperwahrnehmung ermöglicht es ihr sofort, die entstehenden Klänge nicht nur über die Ohren sondern mit dem ganzen Körper aufzunehmen und die entstehenden Schwingungen „erfrischend, wie eine Massage am ganzen Körper“ zu spüren.

Den Klang des Regenrohres empfindet sie als „klärend und reinigend“. Die ein bis zwei Sekunden dauernde Stille vor dem Wenden des Instrumentes sei angenehm und „spitze die Ohren für den darauf folgenden Klang“. Frau S. legt das Instrument auch an Stirn, Ohren und Hals, um die entstehenden Schwingungen noch intensiver zu spüren und mit Ferne und Nähe zu experimentieren. Anfangs sei das Regenrohr direkt am Ohr „etwas schwierig“ gewesen. Mit dem Gedanken, dass diese Schallstärke den Ohren nicht schaden könne, sei auch die „Verträglichkeit“ gekommen. Es sei ihr auch möglich gewesen, den Klang bei entfernt gehaltenem Instrument gleich einer Ohrlupe zu sich heranzuholen. Mit dem Regenrohr „laufe alles, was in den Ohren nicht gut sei, nach aussen“.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Entspannung ist wie für viele Tinnitusbetroffene, auch für Frau S. ein wichtiges Thema. Das Monochord gefällt ihr in Klangfülle und intensiver Schwingungsübertragung ausnehmend gut. Neben Wärmegefühl, Kribbeln an Füßen, Gesäss und Kopf berichtet sie immer wieder von inneren Bildern: „Ich bin nicht mehr auf dem Bett gelegen, war ganz weit weg in einer lieblichen Landschaft mit einem schönen Ross mit einem weissen Schweif.“ Ein anderes Mal erzählt Frau S. von einem „Farbental“, in dem sie sich sehr wohl gefühlt habe.

Es gelingt ihr schnell, sich von den Klängen einhüllen und davontragen zu lassen. Die Tiefenentspannung mit Monochord mag sie sehr.

Zusammenfassung:

Frau S. empfand bei Eintritt in die Klinik ihr Hören durch ihre Fehlhörigkeit in Hoch- und Tieftonbereich unangenehm beeinträchtigt und wenig lustvoll. Hören war anstrengend, verbunden mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Unsicherheit und führte so zu vermehrtem, sozialem Rückzug. Tinnitus, zunehmend auch Geräusche der Umgebung und ein durch Pflichten bestimmter, an den Kräften zehrender Alltag belasteten das Hören zusätzlich.

Im Verlauf der Therapie konnte Frau S. zur Ruhe kommen, ihre Ohren auch wieder nach aussen öffnen und trotz organisch bedingter Fehlhörigkeit lustvolle Seiten des Hörens wiederentdecken. Zugleich nahm die Überempfindlichkeit auf Umgebungsgeräusche ab. Einen Konzertbesuch mit Mozartmusik für Hammerflügel kommentierte die Patientin im Anschluss mit den Worten: „Ich hatte ja keine Ahnung, was das für eine schöne Musik ist.“ Künftig möchte Frau S. wieder mehr auf ihre innere Stimme hören und sich Zeit für Dinge nehmen, die ihr gut tun. Musik wird hierbei eine wichtige Rolle spielen. Mozarts Musik berührte sie so intensiv, dass Sie sich auch nach Literatur über ihn erkundigte.

Beobachtungen zur Beziehung Patientin – Therapeutin:

Als Frau S. bei unserer ersten Begegnung ihr alltägliches Leben schilderte, geprägt durch eine zeitintensive, berufliche Tätigkeit in führender Verantwortung als Personalchefin einer Bank, erwartete ich zunächst eine sehr rational ausgerichtete Persönlichkeit. Diesen ersten Eindruck schien die sehr gepflegte, äussere Erscheinung der Patientin zu bestätigen.

Umso mehr erstaunte mich die grosse Aufgeschlossenheit von Frau S. gegenüber allem, was mit sinnlicher Wahrnehmung zu tun hatte. Sie äusserte den Wunsch, von ihrem fordernden Berufsalltag Abstand zu gewinnen. Nach langer Zeit verspüre sie das Bedürfnis, endlich wieder

etwas für sich zu tun und sich darin auch selbst wieder zu finden. Etwas Eigenes, nicht Vorgegebenes sollte es sein, das mit ihr persönlich zu tun habe, ihr gut tun und aus dem sie Kraft schöpfen könne.

Im Beisein der Patientin hatte ich oft das Gefühl, unbegrenzt über Zeit zu verfügen, kein Fordern, kein Drängen, keine Hast. Stets verliefen unsere Begegnungen sehr gelöst und in angenehmer Atmosphäre, doch nie langweilig oder fad. Frau S. begab sich mit mir auf Entdeckungsreise und es überraschte mich, wie differenziert und sensibel sie dabei auf feinste Nuancen reagierte. Die „rationale Geschäftsfrau“ entpuppte sich als extrem feinfühlig und fantasie reich, mitunter auch bewusst irrational und strahlte eine beständig zunehmende Freude und Genussfähigkeit aus, die zuweilen in erstaunte Neugier, manchmal auch Trauer überging, Trauer - solange Zeit nicht auf eigene Befindlichkeiten und Bedürfnisse geachtet zu haben. Es schien mir, als ob sich Frau S. bei unseren Begegnungen innerlich zurücklehnen, innehalten könne. Meist sprach sie mit ruhiger, sanfter Stimme, wirkte häufig tief versunken in die angebotenen Wahrnehmungsübungen, um dann ebenso intensiv Dankbarkeit und Freude zum Ausdruck zu bringen. Neben dem Verständnis für die von der Patientin geäußerten Bedürfnisse überraschte mich, welche vielfältigen Erlebnisse mit beinahe allen Sinnen die Patientin mit den angebotenen Hör- und Wahrnehmungsübungen verband.

Resultate:

TF

Eintritt 13.9.2006

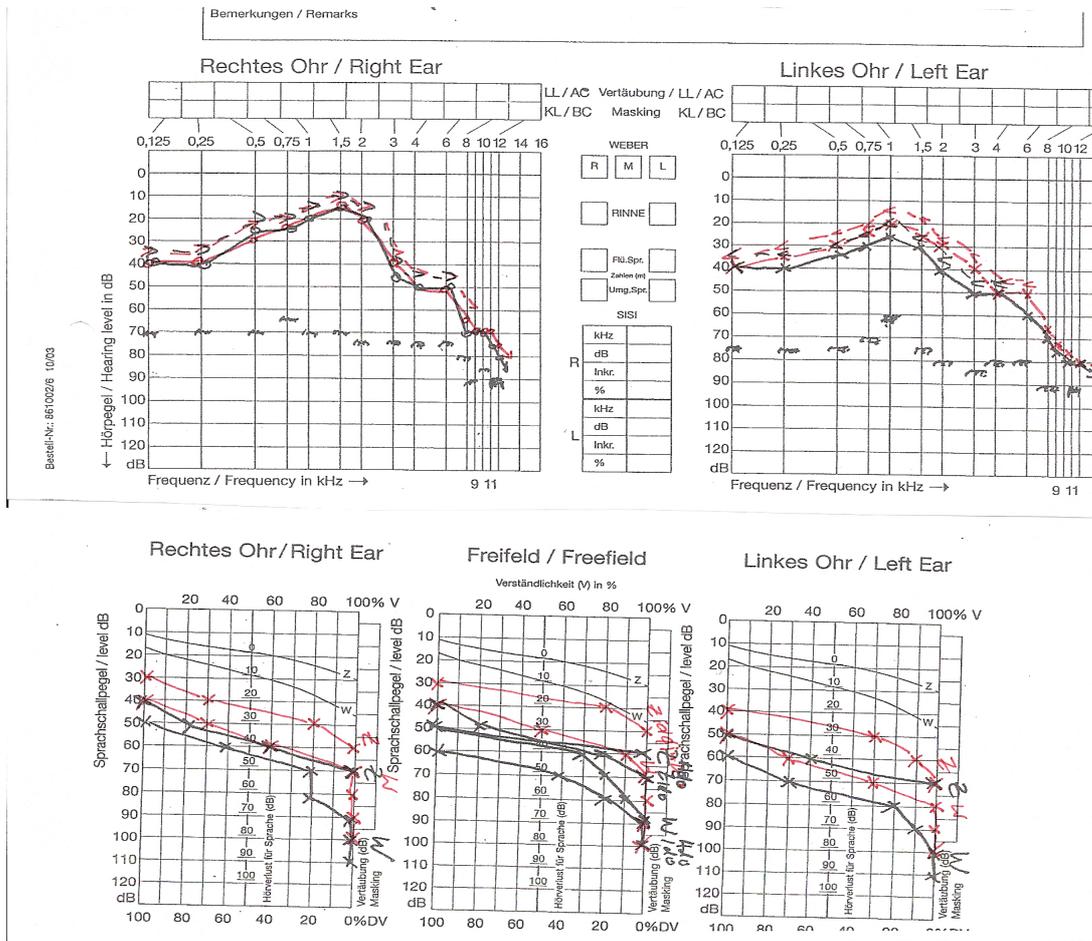
Austritt 4.10.2006

Gesamt	32 (mittelgradig)	22 (leicht)
Emotionale Belastung	8	3
Kognitive Belastung	1	0
Gesamt psych. Belastung	9	3
Penetranz Tinnitus	11	8
Hörprobleme	10	10
Schlafstörungen	0	0
Somatische Beschwerden	2	1

GÜF	15 (mittelgradig)	7 (leicht)
------------	-------------------	------------

Audiogramm bei Ein – und Austritt

--- Eintritt - - - Austritt



Fallbericht Nr. 4: Herr N., 59 Jahre, Service-Techniker

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 12. 9. 2006

Anamnese:

Herr N. erlitt am 7. 10. 2003 einen PKW-Auffahrunfall mit HWS-Schleudertrauma, in dessen Folge neben Schwindel und Übelkeit auch Ohrgeräusche auftraten. Die Therapie mit Kortison und anderen durchblutungsfördernden Medikamenten im Februar 2005 verbesserten die Symptomatik nur geringfügig. Herr N. wurde neben der Belastung durch die Ohrgeräusche auch zunehmend geräuschempfindlich. Seit einem Motorradunfall am 8. 6. 2006 leidet er zudem unter starken Rückenschmerzen und ist zu 40 % arbeitsunfähig.

Sozialanamnese:

Herr N. wuchs als jüngstes von drei Geschwistern zusammen mit den Eltern und den Grosseltern auf. Den Einfluss der Grossmutter beschreibt er als autoritär und hinterhältig und bezeichnet deren Beerdigung als einen „seiner schönsten Tage als Kind“. Sein Vater habe ihn hin und wieder geschlagen, und nur seine Mutter habe versucht, ihm Schutz zu geben.

Herr N. ist zum zweiten Mal verheiratet. Mit 24 Jahren ehelichte er seine erste Frau, die er aufgrund anhaltender Eheprobleme, auch religiöser Natur, nach der Geburt des zweiten Kindes verlies. Er habe „die Flucht vor der Frau und der Kirche ergriffen“.

1980 lernte er seine zweite Frau kennen, mit welcher er „bei normalen Eheproblemen immer noch glücklich verheiratet“ sei. Sie brachte einen Sohn aus erster Ehe mit in die Beziehung, und im Alter von 10 bzw. 11 Jahren zogen auch seine eigenen Kinder zu ihm, da die Lebensumstände bei der Mutter unzumutbar geworden seien.

Seine berufliche Tätigkeit im medizintechnischen Bereich übt er gern aus. Das Arbeitspensum umfasst aufgrund der Teilinvalidität 60 %.

HNO-Befund:

Mittelgradiger Tinnitus, mittelgradige Hyperakusis, Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (stark ausgeprägt im Hochtonbereich), Unbehaglichkeitsschwelle rechts bei 750 – 1000 Hz auf 70 dB abgesunken.

Psychostatus:

Herr ist bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Seine Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind ungestört. Das Denken ist formal geordnet. Geringfügig sind Zukunftsängste vorhanden. Anzeichen für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen, Wahn oder Zwang bestehen nicht. Affektiv wirkt der Patient leicht deprimiert. Er berichtet von gelegentlicher Gereiztheit und Belastung durch das Ohrgeräusch. Suizidgedanken werden von ihm verneint.

Somatische Erkrankungen:

Hypertonie seit 10 Jahren bekannt und medikamentös eingestellt. Adipositas Klasse III seit längerer Zeit trotz verschiedener Diäten. Ehemals Raucher; der Alkoholkonsum wird mit Weiss- und Rotwein zum Abendessen angegeben.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Depression F32.0

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln, Bewegungstherapie in der Gruppe.

Musik- und Hörtherapie:**Tinnitus-Qualität:**

Herr N. hört ein hochfrequentes Pfeifen auf beiden Ohren.

Subjektives Hörempfinden:

Herr N. hat den Eindruck, bedingt durch den Tinnitus nur mit Mühe aus simultanen Hörangeboten die für ihn wichtige Information heraushören zu

können. Ausserdem fühlt er sich beim Hören feinerer Umgebungsgeräusche zunehmend eingeschränkt und hat von Seiten des HNO-Arztes eine Empfehlung für eine binaurale Versorgung mit offenen Hörsystemen erhalten.

Bisheriges Hörverhalten:

Herr N. hört selten Musik, wenn dann beim Autofahren oder am PC aus dem Radio als Hintergrundmusik.

Konzerte, Theater, Kino oder andere kulturelle Veranstaltungen besucht er kaum. Das sei schon immer so gewesen und stehe nicht in Zusammenhang mit seinem Tinnitus-Erleben. Sein durchschnittliches, tägliches Hörpensum stuft er bei etwa 1 h ein.

Hörvorlieben:

Herr N. hört gern Wassergeräusche, Wind und Vogelgesang. Erfahrungen mit klassischer Musik hat er kaum, mag aber lieber Orchestermusik als Solostücke. Hin und wieder singt er gern zu alten Schlagern.

Im Alter von etwa 14 Jahren begann er mit Freude Klarinette zu spielen. Das Verbot des Vaters, in die Musikgesellschaft einzutreten, führte dazu, dass er das Klarinettenspiel nach 2 Jahren aufgab.

Entspannungstechniken:

Herr N. hat bisher keine Erfahrungen mit Entspannungstechniken. Er geht jedoch gern spazieren oder zeltet. Beides wirke beruhigend und wohltuend.

Erwartungen und Ziele:

Herr N. erhofft sich durch die Therapie Hilfe im Umgang mit dem Tinnitus. Zugleich möchte er auch sein Hörvermögen - zunächst ohne Hörgeräte - verbessern.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Herr N. entscheidet sich ohne Gegenprobe für den Mittelsatz aus dem Konzert für Flöte und Harfe von W. A. Mozart. Seine ersten Erfahrungen mit der Musik bezeichnet er als gut. Hierbei bevorzugt er das selektive Hören, indem er auf einzelne Instrumentalstimmen achtet.

Innere Bilder habe er nicht beobachten können, dafür kämen ihm „viele, eigentlich abgeschlossene Dinge“ in den Sinn.

Um am Abend besser in den Schlaf zu finden, hört der Patient nun zusätzlich Entspannungsmusik von Deuter mit Flöten- und Sphärenklängen, die ihm gut gefällt und mit welcher er schnell einschlafen kann. Zugleich verringere sich die Wahrnehmung des Ohrgeräusches deutlich. Bei den Sätzen 2 und 3 des Mozart-Konzertes beobachte er hingegen eine gegenteilige Wirkung. Obgleich die Musik ihm „kein Unbehagen bereite“, höre er das Ohrgeräusch deutlicher. Die Musik werde dabei „zum Nebengeräusch“. Ein weiterer Hörversuch mit einem Orgelkonzert von G. F. Händel bringt keine Veränderung. Auch diese Musik gefalle ihm, er könne sie genießen und das selektive Hören funktioniere gut; er empfinde jedoch das Gleiche wie bei Mozart. Er „bringe das Ohrgeräusch damit nicht weg“. Herr N. bevorzugt ruhige, weniger anspruchsvolle Musik. Klänge mit hohem „Informationsgehalt“ scheinen zugleich die Tinnituswahrnehmung zu fördern.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Herr N. verfolgt die Übungen sehr aufmerksam und beschreibt seine Sinneseindrücke klar und vielfältig. Neben dem Hören nutzt er auch Tast- und Riechsinn sehr geschickt zur Orientierung. Die Wahrnehmung des Tinnitus gerät dabei schnell in den Hintergrund. Auch Umgebungsgeräusche verlieren, wenn sie nicht gezielt der Orientierung dienen, an Intensität.

Schon bei wiederholtem Üben sei das Ohrgeräusch „völlig weg“ gewesen.

Herr N. fühlt sich während der Blindführübungen besonders wohl und „voll Vertrauen“, was sich schon zu Beginn trotz geschlossener Augen in einem sehr sicheren Gang zeigt.

Sein Hören und Spüren werde durch die geschlossenen Augen intensiviert. Zugleich nimmt er angenehme Höreindrücke wie den Brunnen und das Windspiel im Park vermehrt wahr.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik:

Herr N. nähert sich zunächst verschiedenen Geräuschen und Klängen einfacher Instrumente, die er mit spielerischer Neugier und Humor erkundet. Seine Beschreibungen des Gehörten sind sehr differenziert, die Zuordnung gleicher Geräusche und Klänge sowie deren Bewegung im Raum gelingen ihm problemlos und rasch. Er entdeckt das Geräusch der Salzdosen als besonders angenehm und verbindet seine Höreindrücke zum Teil mit bildlichen Vorstellungen. So kann er auch Hörreize, die ihm unangenehm sind, gut aushalten. Beispielsweise stellt er sich zum Reissen eines Papiertaschentuchs einen Rahmbläser vor.

Das Horchen auf Vogelstimmen von CD gelingt ihm bei Regulation der Lautstärke gut. Die unterschiedlichen Stimmen kann er in Tonhöhe, Klangfarbe und Struktur gut differenzieren und auch Hintergrundschar der Aufnahmen heraus hören.

In der freien Natur hat er Herr N. aufgrund seiner Hörminderung im Hochtonbereich jedoch einige Schwierigkeiten. Die Gesänge der Vögel kann er nur noch zum Teil und sehr leise hören. Umgebungsgeräusche erschweren die Übung zusätzlich und erfordern von Herrn N. mehr Kraft. Das Richtungshören gelingt ihm grösstenteils gut.

Auch das Sprachverständnis im Störschall verlangt von Herrn N. deutlich mehr Konzentration, fällt ihm jedoch mit wiederholtem Üben und Texten und Themen, die sein Interesse wecken, zunehmend leichter.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr N. möchte das Monochord ausprobieren und geht dabei sehr überlegt und vorsichtig vor. Er beginnt mit einzelnen, behutsam gespielten Tönen, deren Schwingungen er auch über Füsse und Kopf aufzunehmen versucht. Nach und nach wirkt sein Spiel gelöster und freier. Er experimentiert mit verschiedenen Klangfarben, indem er im Wechsel von Fingerkuppe und Nagel über die Saiten streicht. Seine Tinnituswahrnehmung tritt dabei in den Hintergrund.

In der Klinikschreinerei baut er mit Freude an einem eigenen Regenrohr, welches wir nach Fertigstellung in der Therapie für Hör- und Wahrnehmungsübungen nutzen, die Herr N. als wohltuend bezeichnet.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Bereits während der ersten Übung entspannt Herr N. so gut, dass er zeitweise schnarchend einschläft. Im Anschluss berichtet er über angenehme Körperempfindungen in Form eines Kribbelns in Arm-, Brust- und Bauchbereich, welches sich im Anschluss in den Kopf verlagert. Während er sich nach Übungen zur Muskelrelaxation nach Jakobson eher müde fühle, sei er nun fast „energiegeladen“.

Die Klänge des Monochords und die regelmässig damit verbundene Entspannungswirkung sind Herrn N. so angenehm, dass er sie gern auch für zu Hause hätte.

Zusammenfassung:

Herr N. klagte bei Eintritt in die Klinik über kontinuierliche Ohrgeräusche und fühlte sich zugleich in der Qualität des Hörens beeinträchtigt. Hören war für den Patienten wenig lustvoll und mit Anstrengungen verbunden, besonders wenn es darum ging, aus einem vielfältigen Hörangebot die wichtige Information heraus zu filtern. Umgebungsgeräusche wurden in diesem Zusammenhang zum Teil unangenehm laut und störend wahrgenommen. Im Verlauf der Musik- und Hörtherapie gelang es Herrn N. zunehmend, seine Wahrnehmung weg von den Ohrgeräuschen, hin zu anderen, angenehmen Hör- und Sinnesreizen zu lenken und Freude am Hören selbst neu zu entdecken. Besonders mit Hilfe gezielter Hörübungen konnte er neue Hörstrategien entwickeln, die sich zugleich auf sein Hörvermögen positiv auswirkten.

Aufgrund eines Rentenbegehrens wurde beim Patienten nach Abschluss der Therapie erneut ein Audiogramm erstellt, das eine deutliche Besserung des Hörvermögens zeigt. Die empfohlene Hörgeräteversorgung konnte bis auf weiteres aufgeschoben werden.

Zugleich konnte Herr N. mit Hilfe trophotroper Musik seinen Schlaf positiv beeinflussen und zugleich eine neue Möglichkeit finden zu entspannen.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Herr R. schien ein Praktiker und zugleich auch ein Geniesser zu sein. Übergewichtig, in der Ausstrahlung ruhig, jedoch mit lebendigem Blick liess er sich ohne Vorbehalte auf die angebotenen Übungen ein, reflektierte die jeweils damit verbundenen Erfahrungen klar und differenziert, doch ohne überflüssige Worte und trennte Nützlich von weniger Hilfreichem. Einmal sagte er, er notiere die hilfreichen Erfahrungen in seinem inneren Rezeptbuch. Jede von ihnen sei eine Art Kochrezept, die er im Alltag anwenden wolle.

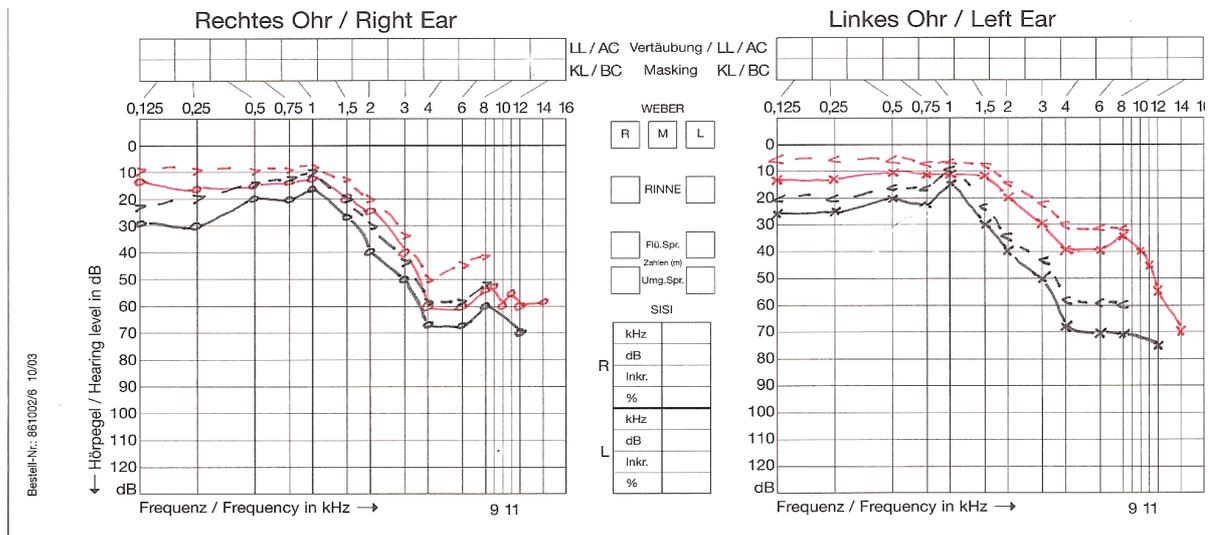
Herr R. strahlte eine grosse Gutmütigkeit aus, hatte in seiner Art etwas Väterliches und zugleich vertrauensvoll Kindliches. Seine Hoffnung auf positive Veränderungen in seinem Befinden war immer deutlich spürbar, seine Aufmerksamkeit für das Geschehen in der Therapie ungeteilt.

Resultate:

TF	Eintritt 12.9.2006	Austritt 13.10.2006
Gesamt	35 (mittel)	21 (leicht)
Emotionale Belastung	10	4
Kognitive Belastung	7	3
Gesamt psych. Belastung	17	7
Penetranz Tinnitus	8	7
Hörprobleme	6	3
Schlafstörungen	3	4
Somatische Beschwerden	1	0
GÜF	15 (mittel)	8 (leicht)

Audiogramme bei Ein- und Austritt

--- Eintritt --- Austritt



Fallbericht Nr. 5: Herr I., 53 Jahre, Angestellter

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 14. 11. 2006

Anamnese:

Herr I. hört seit der Rekrutenschule einen leisen, linksseitigen Tinnitus, der ihn bisher kaum gestört habe. Im Juni 2006 sei es infolge einer antibiotischen Behandlung gegen einen im Vormonat erlittenen Zeckenstich zu einer erheblichen Verstärkung des Ohrgeräusches gekommen, die in der Folge vom HNO-Arzt rheologisch behandelt wurde. Nach dieser medikamentösen Therapie habe sich Herr I. nicht besser, sondern zunehmend depressiv, unruhig und nervös gefühlt. Der Versuch, durch einen Urlaubsaufenthalt in einem Wellnesshotel Linderung und Ruhe zu finden, habe zu einem „Nervenzusammenbruch“ geführt. Herrn I. sei bewusst geworden, dass er sich auch in den Ferien nicht vom Tinnitus ablenken könne, der zurzeit ständig im Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit stehe und zusätzlich auch seinen Schlaf beeinträchtige.

Zusätzlich habe er in letzter Zeit auch beruflich unter enormem Druck gestanden. Größere Verantwortung verbunden mit einem täglichen Arbeitspensum von 10 - 12 Stunden hätten im Zuge einer Restrukturierung

am Arbeitsplatz viel Kraft von ihm gefordert. Die eingeschränkte Freizeit habe er nicht mehr genießen können. Er fühle sich durch den Tinnitus sehr behindert, habe Angst vor der Zukunft und davor, seine Arbeit nicht mehr perfekt und verantwortungsvoll erledigen zu können. Der Tinnitus beschäftige ihn Tag und Nacht.

Sozialanamnese:

Herr I. ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder im Alter von 22 und 25 Jahren, die zum Teil noch in Ausbildung sind. Seine Frau arbeitet zu 50 %, er zu 100 %.

HNO-Befund:

Mittelgradiger Tinnitus, mittelgradige Hyperakusis. Das Reintonaudiogramm zeigt eine normale Hörschwelle rechts bis 2000 Hz, dann einen Hochtonsteilabfall bis auf 80 dB bei 14000 Hz. Links beginnt der Hochtonabfall massiv ab 4000 Hz bis 70 dB bei 12000 und 14000 Hz. Die Ohrgeräusche sind beidseits an der Hörschwelle bei 3000 Hz maskierbar. Die Unbehaglichkeitsschwelle wird mit 85 – 95 dB beidseits gemessen. Das Hörvermögen des Patienten könnte durch eine binaurale, offene Hörgeräteversorgung verbessert werden. Subjektiv hat er jedoch nur Hörprobleme beim Telefonieren.

Psychostatus:

Bei Eintritt in die Klinik wirkt Herr I. sehr stark auf seinen Tinnitus fixiert, im Affekt leicht bis mittelgradig depressiv. Er fühle sich interesse-, motivations- und freudlos, unruhig und unkonzentriert. Es bestehen weder Wahn noch Zwang, aber generalisierte Angstzustände. Unter medikamentöser Behandlung hat Herr I. keine Ein- und Durchschlafstörungen mehr. Es besteht keine Suizidalität.

Somatische Erkrankungen:

Neben einer Hausstaubmilbenallergie sowie eines leichten, zeitweise auftretenden Engegefühls im Hals gibt der Patient keine körperlichen Erkrankungen an. Er rauche nicht und nehme keine Drogen. Am Wochenende trinke er gelegentlich eine Flasche Wein mit seiner Frau. Die internistische und die neurologische Untersuchung sind unauffällig.

Diagnosen:

Hauptdiagnose: Mittelgradige depressive Episode F32.1

Nebendiagnose: Tinnitus aurium H93.1

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln, Physiotherapie, Genusstraining.

Musik- und Hörtherapie:**Tinnitus-Qualität:**

Das Ohrgeräusch in Form eines Pfeiftons nimmt Herr I. mitunter links oder beidseits wahr; letzteres sei weniger unangenehm.

Subjektives Hörempfinden:

Im Mittelpunkt der Wahrnehmung des Patienten steht das Ohrgeräusch. Zugleich bemerkt er eine höhere Empfindlichkeit auf Maschinengeräusche wie Küchengeräte und Staubsauger. Insgesamt schätzt er sein Hörvermögen als gut ein. Lediglich beim Telefonieren gäbe es hin und wieder Schwierigkeiten, das Gesagte zu verstehen. So ist der Patient nach der Untersuchung beim HNO- Arzt über sein eingeschränktes Hörvermögen, das sich im Audiogramm zeigt, sehr erstaunt. Durch den schleichenden Verlauf habe er die Hörminderung kaum wahrgenommen.

Bisheriges Hörverhalten:

Herr I. hört Musik meist nebenbei. Oft laufe den ganzen Tag das Radio im Hintergrund. Das sei schon immer so gewesen. Hin und wieder höre er sonntags in der Sauna zu Hause ganz bewusst und zum Genuss Musik.

Gesungen habe er zuletzt auf einem Ausflug mit dem Samariterverein vor etwa einem halben Jahr. Hin und wieder besuche er Konzerte mit Blas- und Volksmusik, in letzter Zeit allerdings kaum. Es sei aufgrund seines psychischen Befindens noch zu früh, um unter Leute zu gehen.

Hörvorlieben:

Herr I. berichtet mit einem freudigen Lächeln von seinen Hörvorlieben. So möge er „Udo Jürgens, die Beatles, Blasmusik, Panflöte, Schlager, Wiener Walzer, Beethoven und Mozart.“ Auch Naturgeräusche wie die Geräusche des Waldes mit Bäumen, Wind, Vogelgesang und anderen Tieren höre er gern und sie könnten neben ausreichend Schlaf seine Tinnituswahrnehmung etwas lindern.

Entspannungstechniken:

Entspannungsverfahren sind Herrn I. nicht bekannt. Doch er wandere gern, fahre gern Ski und Fahrrad und gehe Angeln. Dabei empfinde er Abwechslung, Freiheit und Kraft. Er umarme auch Bäume und sammle Steine für seinen Garten, die er mit Ort und Datum angeschrieben hin und wieder bei der Gartenarbeit umdrehe, um sich an einen seiner Ausflüge zu erinnern.

Erwartungen und Ziele:

Herr I. hat den Wunsch, dass mit der Therapie sein Tinnitus leiser werde, sich eingliedere und gleichförmiger werde, vielleicht sogar ganz verschwinde. Diese Hoffnung möchte er nicht aufgeben.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Herr I. findet sofort Gefallen am Mittelsatz aus Mozarts Konzert für Flöte und Harfe und hört ihn in der folgenden Zeit täglich bis zu drei Mal und bezieht auch die Ecksätze ein. Neben dem selektiven Heraushören einzelner Instrumente - hierbei hält er die Harfe zunächst für ein Klavier - tauchen mit der Musik zunehmend auch innere Bilder auf. So löse der Klang der Flöte in ihm die Vorstellung aus, im Meer frei auf den Wellen zu liegen. Ein anderes Mal schildert Herr I. das Bild einer Frühlingswiese, durch die der Wind hindurch fahre, Sommervögel, die zu den Blumen kämen und seinen Tinnitus mitnähmen. Es sei ein Ort, wo er auftanken könne und der ihn an eine Ferienreise nach Portugal erinnere.

Herr I. versucht, die Musik immer leiser zu hören, um sich auf die feinen, hohen Töne zu konzentrieren. Zugleich berichtet er, dass sich seine Hörwahrnehmung in den letzten Tagen verändere. Seinen Tinnitus nehme er mit der Musik, obwohl er sie nur noch bei Stufe 2 höre, weniger häufig wahr und er fühle sich insgesamt besser. Auch habe der Druck auf dem linken Ohr deutlich nachgelassen, der oft Auslöser für Schmerzen gewesen sei. Er höre anders, lausche viel mehr auf seine Umgebung als zuvor.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Schon bei der ersten Übung zur Körperwahrnehmung ist Herr I. sehr aufmerksam und konzentriert. Er lässt sich Zeit zu spüren und zu lauschen und kann schon nach kurzer Zeit den Tinnitus vollständig ausblenden. Bei multisensorischen Blindführübungen beschreibt er seine Sinneswahrnehmungen sehr genau und ganz von selbst, orientiert sich auch über die Ohren und berichtet im Anschluss, dass er Hören, Spüren und Riechen viel intensiver erlebt habe. Die Übungen würden seine Ohren und sein Hören positiv beeinflussen. Den Tinnitus habe er auch hier fast vollständig vergessen können.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Herr I. erlauscht mit Interesse verschiedene Klänge und Geräusche, beschreibt seine Höreindrücke vielfältig und differenziert und verbindet sie mit eigenen Bildern. So erinnere ihn das Zerreißen eines Papiertaschentuches an einen Klettverschluss, das gröbere Papierhandtuch hingegen an das Abtrennen eines Kalenderblattes. Während der Übungen entdeckt er den Klang von Salz, Reis und Buchstabennudeln geschüttelt in Dosen, als besonders angenehm und nimmt im Hören Unterschiede zwischen rechtem und linkem Ohr wahr. Rechts sei das Geräusch der Salzdosen leicht heller, schriller. Die feinen Schwingungen spürt er in Form eines leichten Kribbelns in Ohren und Nacken. Im Klang des Regenrohres sprechen ihn besonders die feinen „Wassertropfen“, die dem Hauptstrom nachrieseln, an und er kann die einzelnen Klangfarben gut differenzieren. Auch hier nimmt er die

Schwingungen im Körper mühelos auf und kommentiert sie mit den Worten: „Das geht tief.“

Das Richtungshören bereitet Herrn I. einige Schwierigkeiten. Hier müsse er sich sehr konzentrieren. Das Hören auf Hintergrundgeräusche gelingt ihm hingegen gut und er assoziiert zu einer Aufnahme mit verschiedenen Naturgeräuschen (unter anderem Wasser und Vogelgesang) eine Flusslandschaft seiner Wohngegend, wo er sich gern aufhalte.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr I. baut während seines Aufenthaltes in der Klinik ein grosses, mit Reis gefülltes Regenrohr aus Holunderholz. Holunder stehe für die innige Bindung zu seiner Frau. Seit Jahren würden sie beide je ein Stäbchen Holunder als Zeichen der Verbundenheit bei sich tragen.

Neben verschiedenen Geräuschinstrumenten spielt Herr I. auch an Monochord und Koto und nimmt die Schwingungen besonders über Hände und Kopf auf, den er hin und wieder an den Resonanzkörper legt. Das Spiel sei ihm angenehm. Er wirkt gelöst.

Therapieverlauf - Musiktherapeutische Tiefenentspannung, Muskelentspannung nach Jacobson mit Musik:

Die Klänge des Monochords sind Herrn I. sehr angenehm. Ihr An- und Abschwellen erinnere ihn an ein Blasinstrument, das er im Norden gehört habe, jedoch nicht näher beschreiben könne. Um den Unterschied von Spannung und Entspannung deutlich wahrzunehmen, entscheiden wir uns zu Beginn für die Muskelrelaxation nach Jacobson, der in der anschliessenden Ruhephase die Töne des Monochords folgen. Herr I. verfolgt die Übung sehr aufmerksam und berichtet im Anschluss, dass er sie sehr wohltuend empfunden habe. Nach und nach tauchen besonders während der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung Bilder auf, die den Patienten zum Beispiel ans Meer nach Portugal oder in den Norden entführen. Er möge die Klänge sehr und könnte sie noch viel länger hören.

Zusammenfassung:

Herr I. wirkt bei Eintritt in die Klinik stark auf seinen Tinnitus fixiert und zugleich mit seinem Hörvermögen nicht so recht vertraut. Angeregt durch Hör- und Wahrnehmungsübungen gelingt es ihm jedoch rasch, über angenehme Hörreize seine Aufmerksamkeit auf Tinnitusfernes zu richten und zugleich sein Hören zu ergründen und neu als eine Quelle von Wohlbefinden und Energie zu entdecken. Zugleich verringern sich die Wahrnehmung der Ohrgeräusche und die Empfindlichkeit auf Umgebungsschall. Gegen Ende der Therapie berichtet Herr I., dass er seinen Tinnitus kaum noch wahrnehme. Der Druck auf seinem linken Ohr, häufig Auslöser für schmerzhaft empfundene Empfindungen, habe deutlich nachgelassen und er höre inzwischen anders als noch vor einiger Zeit. Er lausche viel mehr auf seine Umgebung.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Bei unserer ersten Begegnung wirkte Herr I. in sich ruhig, jedoch nicht wortkarg. Er formulierte seine Erwartungen und Ziele für die Therapie begleitet von einem Hilfe suchenden Lächeln. Statt mit Worten schien er viel mehr mit kaum merklichen, feinen Gesten und Veränderungen in seinem Blick zu kommunizieren. Eine gehobene Augenbraue hier, ein verschmitztes Lächeln da, gab er sich sehr aufmerksam dem Geschehen in der Musik- und Hörtherapie hin. Seine bildhaften Schilderungen zu angebotenen Geräuschen und Klängen, zum Teil in einer fast märchenhaften Sprache, überraschten mich immer wieder, auch wie aufmerksam er empfangene Anregungen im Alltag selbständig einem Praxistest unterzog und für sich transformierte. Herr I. schien zu genießen, was er tat und worauf er sich im therapeutischen Rahmen einließ.

Resultate:

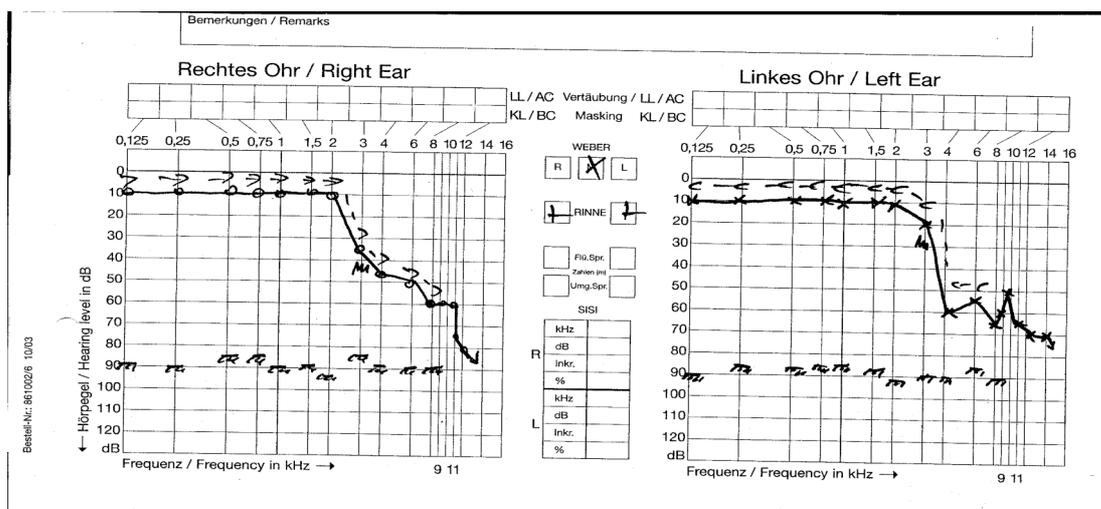
TF

Eintritt 13.11.2006 Austritt 8.12.2006

Gesamt	42 (mittel)	11 (leicht)
Emotionale Belastung	11	1
Kognitive Belastung	9	1
Gesamt psych. Belastung	20	2
Penetranz Tinnitus	12	5
Hörprobleme	5	3
Schlafstörungen	2	0
Somatische Beschwerden	3	1

GÜF	17 (mittel)	8 (leicht)
-----	-------------	------------

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 6: Frau N., 70 Jahre, Rentnerin

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 4. 1. 2007

Anamnese:

Frau N. hört seit vielen Jahren ein Rauschen auf beiden Ohren. Vor etwa 2 - 3 Jahren sei ein hoher Pfeifton auf dem rechten Ohr hinzugekommen. Eine vor mehreren Jahren durchgeführte, die Durchblutung fördernde Behandlung mit Betaserc® sei ohne Erfolg geblieben.

In letzter Zeit fühlt sich die Patientin vermehrt etwas niedergeschlagen, traurig und hat den Eindruck, dass sie dem Tinnitus mehr und mehr ausgeliefert sei. Hinzu kämen häufiger auftretende Ein- und Durchschlafstörungen.

Frau N. bezeichnet sich selbst als sehr aktiv. Sie versuche ihre Freizeit stets gut zu strukturieren. So reise sie sehr gern, helfe hin und wieder in einer Brockenstube im Verkauf aus und versuche sich die verbleibende Zeit im Haushalt zu beschäftigen. Während dieser Aktivitäten und vor allem auf ihren Reisen nehme sie ihre Ohrgeräusche deutlich weniger wahr. Auf einer Kreuzfahrt vor ein paar Jahren sei sie fast beschwerdefrei gewesen. Doch sobald sie nach Hause zurückkehre, verstärke sich die Wahrnehmung der Ohrgeräusche wieder.

Sozialanamnese:

Frau N. lebt seit 10 Jahren getrennt von ihrem Ehemann, den sie aufgrund häuslicher Gewalt - er ist Alkoholiker - verließ. Die Ehe beschreibt sie als von Beginn an sehr schlecht. Zu ihren drei erwachsenen Söhnen habe sie einen sehr guten, harmonischen Kontakt. Alle ihre Kinder hätten eine feste Arbeitsstelle und inzwischen habe sie sieben Enkelkinder. Sie selbst sei als ältestes von drei Kindern aufgewachsen. Ihr Bruder sei vor zwei Jahren auf einer Bergtour tödlich verunfallt, ihre Schwester bereits vor 43 Jahren bei einem Autounfall gestorben.

HNO-Befund:

Schwergradiger Tinnitus; rauschendes Ohrgeräusch bei 250 Hz, mit 10 dB Schmalbandrauschen über der Hörschwelle maskierbar, Pfeifton bei 8000 Hz mit 5 dB über der Hörschwelle maskierbar. Unbehaglichkeitsschwelle rechts auf bis zu 35 db, links bis zu 45 db über der Hörschwelle abgesunken. Es besteht eine pancochleäre Schallempfindungsschwerhörigkeit. Der Hörverlust beträgt rechts 41 %, links 53,3 %.

Psychostatus:

Die Patientin wirkt sehr gepflegt und jünger als ihr tatsächliches Alter es vermuten liesse. Sie ist wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, freundlich und aufgeschlossen. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und

Gedächtnis scheinen zunächst nicht beeinträchtigt. Im weiteren Verlauf deuten widersprüchliche Aussagen darauf hin, dass die Patientin in ihrer Merkfähigkeit etwas eingeschränkt ist. Die Stimmung ist leichtgradig gedrückt, die affektive Schwingungsfähigkeit voll erhalten. Phobien und Zwänge werden verneint. In Antrieb und Psychomotorik wirkt die Patientin leichtgradig unruhig. Die Gedanken sind formal geordnet. Teilweise ist sie logorrhöisch. Inhaltlich fallen keine Denkstörungen oder Störungen des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung auf. Es besteht keine Fremd- oder Eigengefährdung.

Somatische Erkrankungen:

Die Patientin befindet sich in gutem Allgemeinzustand, ohne Anzeichen für eine cardiopulmonale Dekompensation. Sie berichtet über brennende Schmerzen in der Magengegend, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, die sich gegen Abend noch verstärken.

Ausserdem besteht eine chronische Bronchitis mit Verdacht auf Asthma bronchiale, weswegen die Patientin zweimal täglich Seretide® inhaliert. Zudem klagt die Patientin über hin und wieder auftretende, starke Anspannung und Schmerzen im Nackenbereich.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Mittelgradige depressive Episode F32.1

Therapieplan:

Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Ansatz, Physiotherapie, 2 x 1h Musik- und Hörtherapie als Einzeltherapie.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Frau N. hört ein Rauschen im ganzen Kopf und zusätzlich ein hohes Pfeifen rechts, dass sie seit 2 - 3 Jahren hin und wieder auch links wahrnimmt.

Subjektives Hörempfinden:

Die Patientin nimmt ihre Ohrgeräusche häufig als sehr störend wahr. Zugleich sei sie sehr hörempfindlich und berichtet von einem ausgeprägten

Hörrückzug aus öffentlichen Räumen. So sei sie mit dem Auto angereist, um nicht auf den Bahnhof gehen zu müssen. Auch Konzerte und andere kulturelle Veranstaltungen besuche sie nicht mehr.

Bisheriges Hörverhalten:

Bei Eintritt in die Klinik berichtet Frau N., dass sie auf Anraten ihrer Hausärztin 3 x täglich Musik über Kopfhörer höre. Dazu lese oder nähe sie. Auch höre sie täglich ca. eine Stunde Radio zu Verrichtungen im Haushalt. Das Musikhören habe meist begleitenden Charakter.

Bis vor kurzem sang Frau N. im Kirchenchor und wirkte auch an Operettenaufführungen mit. Aufgrund ihres Alters gab sie diese Aktivitäten inzwischen auf. Sie gehe am Abend nicht mehr so gern aus dem Haus und zugleich ertrage sie viele Stimmen in einem Raum und auch den Applaus nicht mehr. Es sei ihr zu laut und sie habe Schwierigkeiten, die für sie wichtigen Informationen herauszuhören. Frau N. trägt Hörgeräte, mit denen sie oft wie durch Watte höre.

Hörvorlieben:

Frau N. hört besonders gern klassische Musik. Der Klang von Flöte, Panflöte, Klarinette und Klavier ist ihr angenehm. Auch Naturgeräusche wie Vogelgesang, Wind, Wasser, Kuhglocken und Geräusche des Waldes mag sie sehr gern.

Entspannungstechniken:

Frau N. hat keine Erfahrungen mit Entspannungstechniken.

Erwartungen und Ziele:

Frau N. erhofft sich Hilfe im Umgang mit ihren Ohrgeräuschen und zugleich eine Verbesserung ihres Hörvermögens.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Frau N. findet sofort Gefallen am Konzert für Flöte und Harfe und der Kleinen Nachtmusik von Mozart und hört sie in den folgenden Tagen regelmässig. Sie fühle sich mit der Musik wohl und könne sie trotz verspanntem Nacken geniessen. Gezielt wählt die Patientin aus den verschiedenen Höranregungen einzelne Möglichkeiten. So berichtet sie,

dass sie sich zuerst ihrer Atem- und Körperwahrnehmung zugewandt und die Klänge so bewusst in sich aufgenommen habe. Später habe sie die Musik bis in ihre Hände gespürt und zugleich ihren Körper angenehm gelöst wahrgenommen.

Nach und nach verbindet Frau N. die Musik mit inneren Bildern. So erinnerten sie helle, hohe Klänge an einen hellen Tag voll Sonne, Licht und Leichtigkeit, dunkle Klänge an einen Novembertag im Herbst. Sie fühle sich mit Bildern und Musik sehr wohl.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Bereits mit einer ersten Übung zur Körper- und Hörwahrnehmung gelingt es der Patientin aufmerksam spürend und horchend ihre Ohrgeräusche zeitweise in den Hintergrund zu verlagern. Sie habe sich zugleich sehr wohl gefühlt. Auch spätere, multisensorische Blindführübungen im Klinikpark mit vielen alten Bäumen, Windspiel und einem Brunnen empfindet Frau N. sehr angenehm, und es gelingt ihr mühelos, ihre Aufmerksamkeit auf tinnitusferne Hör-, Tast- und Riecheindrücke zu richten. Ihre Ohrgeräusche nimmt sie hierbei nicht mehr wahr.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Frau N. begegnet trotz ihrer bestehenden Hörminderung und den Problemen, die sie mit ihren derzeitigen Hörsystemen hat, auch gezielten Hörübungen freudig, aufmerksam und sehr interessiert. Ihre Höreindrücke beschreibt sie zunehmend differenzierter, häufig bildhaft und bemerkt Vorlieben für bestimmte Geräusche und Klänge.

Der Klang des Regenrohres ist ihr sehr angenehm. Ihre inneren Bilder umschreibt sie mit: " wie wenn ich an einem Bach wäre, das Wasser über Steine sprudelt...mal ein grösserer Wasserfall...mal nur noch wenig Wasser". Das sanfte „Nachplätschern“ möge sie besonders und sie nehme neben der Frische und Klarheit des Wassers auch Wärme wahr, die mit der Übung ihren ganzen Körper auf angenehme Weise durchströme.

Ihre Ohrgeräusche nehme sie während der Übungen deutlich leiser, zum Teil gar nicht, und auch im Anschluss weniger wahr. Sie habe zugleich den

Eindruck, dass sie auf dem schwächeren, linken Ohr deutlicher hören könne als vorher.

Frau N. sagt, dass sie angeregt durch die Musik- und Hörtherapie ihr Hörumfeld viel aufmerksamer und vielfältiger aufnehme. Sie habe bei einem Spaziergang in ihrer häuslichen Umgebung einen Bach entdeckt, an dem sie immer achtlos vorbei gelaufen sei. Er fliesse überwiegend ruhig. Hier und da veränderten Steine den Klang. Frau N. wirkt gelöst und lächelt, während sie ihre Erlebnisse schildert. Die Therapie mache sie zum Geniesser, und die Spitze ihres Tinnitus sei gebrochen. Sie hoffe, so weitermachen zu können.

Auch den aufgrund ihrer abgesunkenen Hörschwelle unangenehm empfundenen Verkehrsgeräuschen kann sie sich mit Interesse und veränderter Sichtweise wieder nähern und macht dabei für sie selbst verblüffende Erfahrungen. Bei aufmerksamem, neugierigem Horchen auf die unterschiedlichen Geräusche von kleinen und grossen Fahrzeugen auf nasser und trockener Fahrbahn, von unterschiedlichen Orten aus, sei der Ärger über den Lärm schnell verfolgt und schien ihr kaum noch begreiflich.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Frau N. baut während ihres Klinikaufenthaltes mit Freude ein eigenes Regenrohr, verziert es mit Bildern und beschriftet es mit den Worten: "Lebe, liebe, lache, danke." Den Klang beschreibt sie als voluminös und angenehm.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Frau N. mag den Klang des Monochords. Ihren Körper nehme sie von den Klängen durchflutet wahr. Der Pfeifton verschwinde während und nach der Tiefenentspannung zum Teil vollständig. Sie höre nur noch das tiefere Grundrauschen, „ein grosser Käfer brumme noch in ihrem Kopf“. Die Übung sei eine Wohltat für den Kopf und den ganzen Leib.

Zusammenfassung:

Frau N. berichtet, dass sie sehr vom stationären Aufenthalt und auch von der Musik- und Hörtherapie profitiert habe. Sie könne heute mit ihrem Ohrgeräusch viel besser umgehen und habe neue, angenehme Aktivitäten entdeckt. So tue ihr das bewusste Musikhören sehr gut und sie sei neugierig, auch selbst auf die Suche nach anderen Musikstücken zu gehen. Achtsam auf ihre Umgebung zu horchen und horchend zu geniessen, das habe sie durch die Musik- und Hörtherapie neu entdecken können und sie möchte es in Form von „Spaziergängen mit allen Sinnen“ weiterführen. Sie nehme viele hilfreiche Dinge mit in ihren Alltag.

Beziehung Patientin – Therapeutin:

Frau N. wirkte von unserer ersten Begegnung an sehr aufgeschlossen, freundlich, sympathisch, zum Teil auch mütterlich fürsorglich. So wurde es fast schon zum unbewussten Ritual, dass sie bei beinahe jeder Verabschiedung am Ende der Therapiestunde meine kalten Hände bemerkte und mir immer wieder erzählte, dass ihre warmen Hände einer der wenigen Vorteile ihres Alters seien.

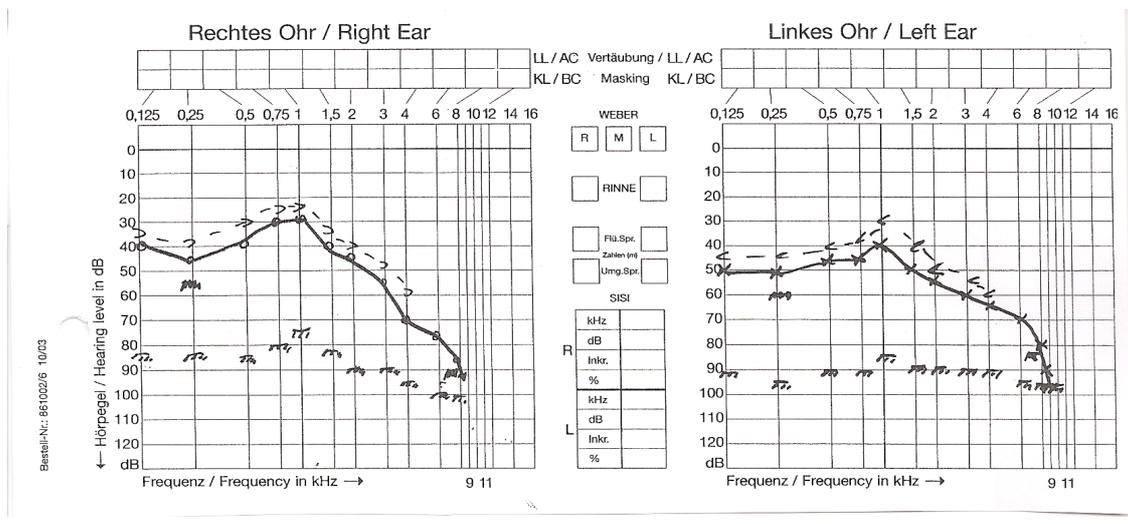
Ich spürte eine grosse Dankbarkeit bei Frau N., für die menschliche Zuwendung und ungeteilte Aufmerksamkeit, die ich ihr entgegenbrachte. Ich nahm sie als eine Frau wahr, die trotz einer Reihe von leidvollen Lebenserfahrungen auch im Alter ihr Leben aktiv zu gestalten versuchte und sich doch wahrscheinlich im Alltag oft einsam fühlte. Statt darüber zu klagen, nahm sie dankbar jede Anregung auf, setzte sie prompt in die Tat um und brachte ihre Freude über Gelungenes stets rege zum Ausdruck. Ich empfand Achtung vor dieser Frau und ihrem Lebensmotto „Lebe , liebe, lache, danke“ und manchmal schien es mir schon fast unheimlich, wie ausschliesslich positiv Frau N`s. Rückmeldungen auf sozusagen alles, was ich ihr in der Therapie anbot, ausfielen, und auch ich spürte Dankbarkeit über die Freude, die Frau N. ausstrahlte, über die von ihr beobachteten Änderungen, die sie mit der Musik- und Hörtherapie in Verbindung brachte.

Resultate:

TF	Eintritt 2.1.2007	Austritt 9.2.2007
Gesamt	51 (schwer)	34 (mittelgradig)
Emotionale Belastung	12	8
Kognitive Belastung	6	2
Gesamt psych. Belastung	18	10
Penetranz Tinnitus	12	11
Hörprobleme	9	5
Schlafstörungen	6	3
Somatische Beschwerden	6	5

GÜF	27 (schwer)	24 (schwer)
------------	-------------	-------------

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 7: Herr S., 53 Jahre, Schulleiter einer Sekundarschule, Dozent an einer Fachhochschule, Mediator

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 29. 3. 2007

Anamnese:

Herr S. schlug auf Grund einer abrupten Bewegung am 4. 1. 2007 zu Hause mit dem Hinterkopf auf eine Tischkante auf. Die Konsultation beim Hausarzt ergab keinen Hinweis für eine Fraktur. Vier Tage nach diesem Unfall

bemerkte er ein beidseitiges Ohrgeräusch, rechts stärker als links. Die Ohrgeräusche wurden rasch immer lauter wahrgenommen und beeinträchtigten die Lebensqualität massiv. Er entwickelte Selbstmordgedanken und wurde deshalb vom 18. 1. – 15. 3. 2007 stationär in einer psychiatrischen Privatklinik behandelt. Bei Entlassung bestand keine Suizidalität mehr, jedoch wurden die Ohrgeräusche weiterhin als sehr störend beurteilt. Deshalb organisierte die Klinik Wyss die stationäre Tinnitus-therapie in der Klinik Waldhaus in Chur, wo der Patient nach einer Woche, die er zu Hause verbrachte, eintrat.

Sozialanamnese:

Herr S. wuchs als mittleres Kind mit zwei Schwestern auf. Sein Vater war Schlosser, seine Mutter Hausfrau. Die Erziehung sei leistungsorientiert gewesen. Über Gefühle sei wenig gesprochen worden, aber hohe Erwartungen an ihn seien immer spürbar gewesen. Seine Eltern hätten sich über seinen sozialen Aufstieg zum Sekundarlehrer und letztlich Schulleiter sehr gefreut.

Herr S. ist zum zweiten Mal verheiratet. 1992 wurde er von seiner ersten Frau, mit der er drei Kinder hat, geschieden. Die Scheidung habe ihn sehr gekränkt und die Trennung von den damals kleinen Kindern sehr belastet. Er erlebte eine schwere Selbstwertkrise, die durch eine Psychotherapie überwunden wurde. In der Folge wurde er Mediator für Ehepaare in Scheidungen und engagierte sich aktiv in einer Gruppe für allein erziehende Männer. Die finanzielle Einschränkung durch die Alimente erlebt er seit Jahren als Kränkung, ebenso den diesbezüglichen Schriftverkehr mit der Steuerverwaltung und anderen Behörden.

Beruflich fühlt er sich in der dreifachen Belastung durch seine Tätigkeit als Schulleiter einer Sekundarschule, Dozent an einer Fachhochschule und Mediator sehr gefordert und unter Druck.

HNO-Befund:

Subakuter Tinnitus beidseits seit 13 Wochen, Hochtenschwerhörigkeit beidseits ab 3000 Hz, Unbehaglichkeitsschwelle beidseits auf 65 - 80 dB abgesunken.

Psychostatus:

Wacher, bewusstseinsklarer, zu allen Qualitäten orientierter Patient. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind ungestört. Es besteht eine leichte Konzentrationsminderung. Das Denken ist formal geordnet, inhaltlich auf den erfolgten Eintritt und die Zukunft im Umgang mit dem Tinnitus gerichtet. Anzeichen für Ich- oder Wahrnehmungsstörung, Wahn oder Zwang sind nicht vorhanden. Der Patient wirkt affektiv zeitweise leichtgradig bedrückt, ansonsten freundlich, hoffnungsvoll und insgesamt gut schwingungsfähig. Psychomotorisch bestehen keine Auffälligkeiten. Der Patient macht keine Angaben über psychovegetative Beschwerden. Er konnte sich bei der Aufnahme deutlich und glaubhaft von akuter Suizidalität distanzieren.

Somatische Erkrankungen:

Vorhofflimmern seit 4 Jahren bekannt und mit Betablocker behandelt.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Depression F32.0

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe (kognitive Verhaltenstherapie), 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln.

Musik- und Hörtherapie:**Tinnitus-Qualität:**

Herr S. hört ein hochfrequentes Ohrgeräusch beidseits, welches er als eine Mischung aus Pfeifen und Rauschen, ähnlich wie Grillenzirpen beschreibt und wählt zum Vergleich das Bild eines Dampfkochtopfs kurz vor dem Pfeifen.

Subjektives Hörempfinden:

Herr S. wurde nach Auftreten des Tinnitus mit Hinter-dem-Ohr-Hörgeräten binaural versorgt. Dadurch kam es zu einer Verbesserung des Hörvermögens und einer Linderung der Tinnituswahrnehmung. Auf dem linken Ohr spüre er seither hohe Frequenzen intensiver. Trotz abgesunkener

UBS empfinde er keine Geräuschüberempfindlichkeit, erwähnt jedoch zugleich, dass er Musik in öffentlichen Räumen vermehrt wahrnehme und dadurch mitunter „genervt“ sei.

Bisheriges Hörverhalten:

Herr S. hört Musik meist nebenbei als Hintergrundberieselung.

Häufig laufe das Radio zur Arbeit im Büro und wenn seine Frau auf dem Klavier musiziere, höre er „passiv“ mit. Vor Auftreten des Tinnitus sei er hin und wieder gern in Blues- und Rockkonzerte gegangen, die er nun aus Sorge um sein Gehör meide. Sein derzeitiges, tägliches Hörpensum stuft er bei ca. 3 - 4 h ein.

Hörvorlieben:

Herr. S. hört gern Vogelgesang und Wassergeräusche wie Regen und das Plätschern eines Baches. Eine CD mit derartigen Naturgeräuschen helfe ihm einzuschlafen. Neben Blues und Rockballaden hört er hin und wieder auch gern klassische Musik, wenn sie harmonisch sei. Debussy bezeichnet er hierbei als grenzwertig. Der Klang von Klavier und Gitarre gefällt ihm besonders. Als Schüler habe er Querflöte und Gitarre in Orchester und Band gespielt, was er wegen des Studiums und vermehrter sportlicher Aktivität aufgegeben habe. Er singt selten, nur manchmal unter der Dusche oder zu Weihnachten in der Kirche.

Entspannungstechniken:

Herr S. hat Erfahrungen mit Autogenem Training. Seit seinem Aufenthalt in der psychiatrischen Privatklinik führt er regelmässig die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson aus. Die Anleitung auf der CD erfolgt in Mundart und geht anschliessend in ruhige Musik über. Hin und wieder nutzt er auch Harfenmusik zur Entspannung.

Erwartungen und Ziele:

Herr S. empfindet seine Ohrgeräusche als sehr lästig. Er erhofft sich Hilfe im Umgang mit diesen unangenehmen Höreindrücken und damit verbunden einen Rückgewinn an Hörgenuss und Lebensfreude.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Herr S. möchte das Konzert für Flöte und Harfe von Mozart hören und berichtet bereits nach dem ersten Hören von Wärmeempfindung, Kribbeln und Schwingungen in Bauch und Unterarmen. Besonders mag er den 2. Satz: „Mich berührt und rührt diese Musik sehr.“.

Zunächst beobachtet er innere Bilder, die mit dem Hören der Musik auftreten. Er beschreibt sich selbst schwebend oder wie in einem Flugzeug über eine grüne Kulturlandschaft fliegend, dann wieder sieht er sich selbst beim Flötenspiel des Konzertes, begleitet durch seine Frau am Klavier. Er hört die Musik auch selektiv und experimentiert z. B. mit seitenverkehrtem Kopfhörer, um die Harfe besser herauszuhören. Dabei sei ein völlig neuer Klangeindruck entstanden.

Die bewusste Hinwendung zur Musik, das Eintauchen in die Klänge und die damit verbundenen Assoziationen und Gefühle gelingen Herrn S. schon zu Beginn des täglichen Hörens ohne Probleme. Die Musik habe eine angenehm beruhigende Wirkung und mit ihr werde „Platz für Visionen frei“. Nicht „zugedeckt mit Alltagskram“ könne die Musik Freude auf Künftiges erzeugen. So möchte Herr. S. die Musik auch nach der Klinik weiterhören und selbst nach neuer Musik suchen.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen – Theorie erfahren:

Herr. S. ist über die Intensivierung der Wahrnehmung überrascht. Die Aufmerksamkeitslenkung zu Spüren, Riechen und Hören gelingt schon beim ersten Mal sehr gut und hat zugleich eine beruhigende Wirkung. Er erlebt Wasser, Wind und Grillen als angenehme Höreindrücke, die seine Tinnitus- und Hörwahrnehmung positiv beeinflussen. Den Tinnitus kann er zum grossen Teil vergessen und er nimmt den Zusammenhang von gelenkter Aufmerksamkeit und Tinnituswahrnehmung bewusst auf. Das Zirpen der Grillen kann er als Schwingungen im rechten Ohr spüren. Es erinnert ihn an sein Ohrgeräusch, das in der Frequenz sehr ähnlich sei. Er nimmt differenziert den Tinnitus als gleichförmig, das Grillenzirpen als „Impuls gebend“ wahr.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Herr. S. erkundet mit Hilfe verschiedener Geräusche, Klänge und Musik sein Hörvermögen und entdeckt zugleich angenehme Hörreize, die mitunter auch als Schwingungen im Körper spürbar werden. So fühlt er die geschüttelten Salzdosen sanft im Nacken und hat den Eindruck, dass seine Ohren mit dem Geräusch zugleich mechanisch „wie mit einer weichen Bürste“ gereinigt werden. Zugleich versuche sein dem Schall abgewandtes Ohr dem sich entfernenden Geräusch zu folgen. Es ziehe „wie ein Hund an der Leine“.

Umgebungsgeräusche und die Wahrnehmung des Tinnitus treten hierbei zum grossen Teil in den Hintergrund. Innere Bilder in Verbindung mit einer positiven Neubewertung erlauben zugleich schrittweise die Annäherung an bisher unangenehm empfundene Hörreize im höheren Frequenzbereich. Das hohe Nachklingen der Klangschalen kann er nach 3 Wochen Hörtherapie deutlich besser aushalten und zugleich deren Schwingungen im Nacken- und Hinterkopfbereich aero-kutan aufnehmen.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr S. experimentiert mit verschiedenen Klang- und Geräuschinstrumenten. Die Klangeigenschaften, Wirkungen auf Hör-, Körper - und Tinnituswahrnehmung stehen dabei im Mittelpunkt. In der Klinikwerkstatt baut er selbst ein Regenrohr.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung mit Monochord:

Herr. S. berichtet bereits nach der ersten Tiefenentspannung von angenehmen Körperempfindungen wie Wärme und Kribbeln in Rücken, Oberschenkeln und Händen. Im Verlauf der Musik- und Hörtherapie bemerkt er eine zunehmende Intensivierung der Entspannungswirkung verbunden mit kurzen Schlafphasen und einem durch die Klänge ausgelösten Nachschwingen im Körper, das er mit dem Anklingen eines Instrumentes vergleicht.

Zusammenfassung:

Der Patient bemerkt im Verlauf der Therapie eine Veränderung in der Wahrnehmung mit allen Sinnen. Sie sei differenzierter und achtsamer geworden. So höre er auch vermehrt auf angenehme Geräusche und Klänge der Umgebung und sein Umgang mit Musik sei sowohl in Auswahl als auch der Art des Hörens viel bewusster geworden. Die klassische Musik konnte er neu entdecken; er möchte künftig weiter auf die Suche danach gehen. Viele praktische Anregungen durch die Hörtherapie empfindet er als hilfreich und möchte sie weiterführen. Hier benennt er neben bewusstem Musikhören, das Spiel mit dem selbst gefertigten Regenrohr und den Wunsch, zukünftig mit seiner Frau gemeinsam musizieren. Auch Konzerte möchte er wieder besuchen und ganz allgemein das achtsame Hören und Wahrnehmen nach aussen und innen pflegen.

Den Tinnitus bezeichnet er gegen Ende der Hörtherapie als „hilfreichen Wächter“, als eine Stimme, die ihn vor Überlastung warnen könne. Herr S. fühle neue Kraft für einen dosierten, beruflichen Wieder-Einstieg, möchte seine Zeit bewusster planen und neben sportlichen Aktivitäten wieder Kontakt zu seinem Freundeskreis suchen.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Herr S. wirkte in seiner Art wahrzunehmen und das Wahrgenommene zu reflektieren, sehr differenziert. Seine Sprache war ruhig, hin und wieder begleitet von einem freundlichen Lächeln. Besonders zu Beginn der Therapie hatte ich des Öfteren den Eindruck, dass Herr S. erholungs- und schonungsbedürftig war und ihm die in der Therapie angebotenen Klänge ein Stück entbehrter Seelennahrung boten, die er dankbar in sich aufnahm und in Form ganz bewusster Reflektion verdaute.

Auch in unserer letzten, gemeinsamen Therapiestunde überraschte mich, wie intensiv sich Herr S. mit der ihm gestellten Aufgabe auseinandergesetzt hatte, in der es darum ging, all das noch einmal zusammen zu tragen, was ihm in der Musik- und Hörtherapie gut getan habe und was er davon in seinen Alltag integrieren wolle. Dafür hatte Herr S. eine ganze Reihe von

Notizen angefertigt, mit deren Hilfe er - wie es schien - sehr geordnet seine Vorhaben konzentriert beschrieb und erläuterte. Es wirkte wie eine innere Sammlung vor dem wichtigen Schritt hinein in den Alltag, wie ein bewusstes, intensives, fast rituelles Besinnen auf eigene Möglichkeiten und ein dankbares Bewusstwerden der damit möglichen Sicherheit und Kraft. Mich berührte dieser durchdachte und zugleich hoch emotionale Rück- und Ausblick zutiefst und auch ich empfand Dankbarkeit, verbunden mit der Hoffnung, dass Herr S. den in der Klinik eingeschlagenen Weg der Erholung und Neuausrichtung beständig weiter verfolgen könne.

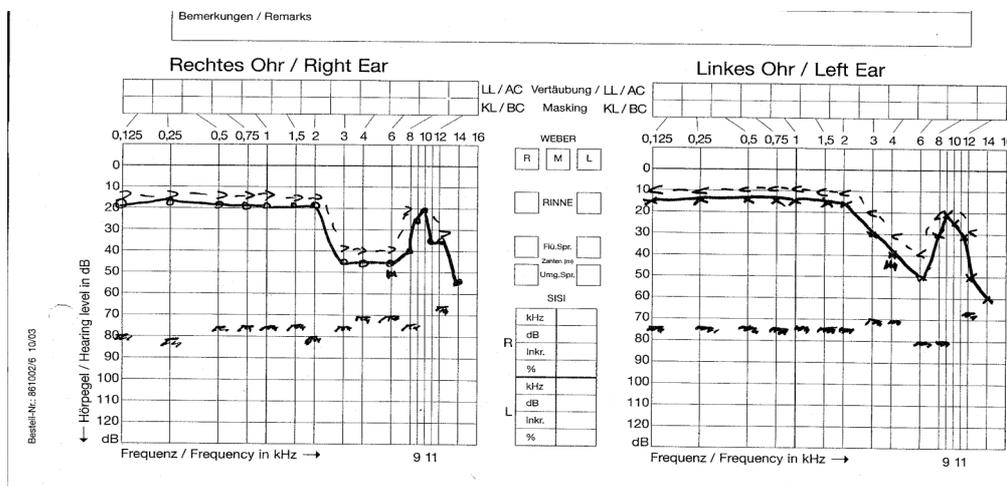
Resultate:

TF **Eintritt 28.3.2007 Austritt 26.4.2007**

Gesamt	38 (mittel)	13 (leicht)
Emotionale Belastung	10	4
Kognitive Belastung	11	4
Gesamt psych. Belastung	21	8
Penetranz Tinnitus	14	5
Hörprobleme	3	0
Schlafstörungen	0	0
Somatische Beschwerden	0	0

GÜF	10 (leicht)	5 (leicht)
------------	-------------	------------

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 8: Herr D., 55 Jahre, Arzt und Schriftsteller

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 7. 3. 2007

Anamnese:

Herr D. hört seit beinahe 20 Jahren ein hochfrequentes Pfeifen im ganzen Kopf, das erst seit 3 - 4 Jahren zunehmend zum Problem geworden sei. Seine Lebensqualität wurde dadurch so stark beeinträchtigt, dass er sich nicht mehr in der Lage fühlte, seine Tätigkeit als Allgemeinmediziner in eigener Praxis auszuüben. Er habe den Blutdruck nicht mehr messen, die Herztöne nicht mehr abhören können, und deswegen Schuldgefühle gegenüber den Patienten entwickelt - „die Aufgabe wurde zur Aufgabe“. Er verkaufte die Praxis und versuchte, sich vermehrt seiner schriftstellerischen Tätigkeit zuzuwenden, was ihm jedoch ebenfalls immer schwerer fiel.

Seit eineinhalb Jahren trug er täglich Rauschgeneratoren, die den Tinnitus, aber auch einen Grossteil der Umgebungsgeräusche komplett verdeckten und in Verbindung mit einem ausgeprägten Hörrückzug die Ausbildung einer Geräuschüberempfindlichkeit begünstigten.

Er entwickelte latente Suizidgedanken, wurde zunehmend angespannter, ängstlich und depressiv.

Bei Eintritt in die Klinik hatte er das Gefühl, „einfach nicht mehr zu können“. Er sehne sich nach der „Stille im Grab“.

Sozialanamnese:

Herr D. ist verheiratet und Vater zweier Kinder, die bereits im Berufsleben, bzw. in Ausbildung sind.

Sein Vater, ein bekannter Architekt, habe ihm nach dem Medizinstudium eine Praxis für Allgemeinmedizin in Zürich gekauft, in der er von 1986 – 2005 tätig gewesen sei. Eigentlich sei es der Wunsch seines Vaters gewesen, den er zu erfüllen suchte. Er selbst wollte Schriftsteller werden. Seit Aufgabe der Praxis leide er nun unter Schuldgefühlen gegenüber seinem Vater, aber auch sich selbst gegenüber.

Seine schriftstellerische Tätigkeit betrachtet er zwiespältig, obwohl er mehrere Preise für seine Romane und Novellen erhielt: Gerhard-Fritsch-Preis 1993, Anerkennungspreis der Stadt Zürich 1994, Literaturpreis des Kulturkreises der deutschen Wirtschaft im deutschen Industrie-Bundesverband 1996, erster Literaturpreis Arbeit und Alltag der gewerkschaftlichen Bildungszentrale Schweiz 1996. „Ein Arzt, der schreibt, ist kein richtiger Arzt. Ein Schriftsteller, der Arzt ist, ist kein richtiger Schriftsteller.“ Er fühle sich „wie ein Vogel mit Flossen, wie ein Fisch mit Flügeln, als ein Wesen letztlich ganz ohne eigene Daseinsberechtigung.“

Herr D. lebt sozial zurückgezogen. Seine „selbst gewählten Mauern“ bezeichnet er als „persönlichkeitsbedingtes Künstlerphänomen“ und somit unveränderlich. Soziale Kontakte seien ihm ein „Greuel“.

HNO-Befund:

Sehr schwergradiger Tinnitus (bei etwa 12000 Hz nicht maskierbar), schwere Hyperakusis, Hochtenschwerhörigkeit rechts ab 6000 Hz, links ab 3000 Hz, Unbehaglichkeitsschwelle auf 10 - 20 dB über der Hörschwelle abgesunken, links bei 8000 Hz an der Hörschwelle.

Psychostatus:

Bewusstseinsklarer Patient. Zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert. Konzentrationsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt. Keine Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen. Der Patient wirkt formal etwas verlangsamt und gehemmt. Kein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen. Affektiv beeinträchtigt wirkt er leicht gereizt, ratlos, hoffnungslos und affektarm. Der Patient ist innerlich unruhig und angespannt. Es bestehen Insuffizienzgefühle und ein Morgentief, seit einigen Jahren auch Ein- und Durchschlafstörungen, sowie Appetitminderung über längere Zeit. Suizidgedanken sind latent vorhanden. Aktuell besteht jedoch keine Suizidalität. Keine Suizidversuche in der Vergangenheit, keine Fremdgefährdung.

Auf die Frage nach den Zielen, die er mit der Psychotherapie erreichen möchte antwortet er: „Die Melancholie ist Teil meiner selbst. Suizidgedanken gehören zu meinem Leben.“

Somatische Erkrankungen:

Reduzierter Ernährungszustand, bekannte koronare Herzerkrankung, epiretinale Fibroblastie.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Depression F32.2

Therapieplan:

Der Patient erhält neben medikamentöser Behandlung wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Ansatz und 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie als Einzeltherapie.

Musik- und Hörtherapie:**Tinnitus-Qualität:**

Herr D. leidet unter Kopfgeräuschen, die er als hochfrequentes Zischen wie aus einem Ventil beschreibt.

Subjektives Hörempfinden:

Der Patient gibt im TF an, dass er sich der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst, die Art wie die Ohrgeräusche klingen, wirklich unangenehm sei und er den Eindruck habe, ihnen nie entkommen zu können.

Herr D. wirkt sehr hörempfindlich und nimmt sein Hörumfeld ausschliesslich unangenehm und belastend wahr. So beantwortet er die Frage im GÜF, ob die Geräuschüberempfindlichkeit sein Leben ruiniert habe, mit „stimmt immer“ und äussert ebenso die Sorge, „dass es ihm nie gelingen werde, sich an die lauten und unangenehmen Geräusche zu gewöhnen“. Er beklagt die Umgebungsgeräusche auf der Station, vergleicht die Schritte im Flur mit Schüssen: „Man denkt, die Hinrichtung folgt.“ Das Türeenschlagen seiner Mitpatienten sei unanständig. Seine Sinne bezeichnet er als „wund“.

Bisheriges Hörverhalten - Hörvorlieben:

Herr D. trägt täglich Rauschgeneratoren, die seit eineinhalb Jahren die Wahrnehmung des Tinnitus und vieler Umgebungsgeräusche beinahe komplett überdecken. Es ist ein ausgeprägter Hörrückzug mit technischen Mitteln. Im GÜF gibt er an, dass er sich bei lauten, unangenehmen Geräuschen sofort zurückziehe. Das Rauschen der Autobahn nimmt er trotz Rauschgeräten unangenehm wahr. Die ungewohnte Umgebung verunsichere ihn. Zu Hause käme er mit unangenehmen Geräuschen besser zurecht. Dort seien sie ihm vertraut und deshalb besser zu ertragen. Eigentlich hört Herr D. gern und sehr bewusst Musik. Ihm ist es wichtig, die Begleitumstände eines Werkes und seinen Aufbau gut zu kennen. Ein Hören „rein aus dem Bauch“ ist für ihn unvorstellbar. Es ist ihm wichtig, Musik zu hören, die er gut kennt. Das vermittele ihm Halt und Überschaubarkeit. Zu seinem täglichen Hörpensum kann er keine Angaben machen. Zurzeit höre er nur innerlich, in Gedanken und ausschliesslich das Glasharmonika-Quintett für Glasharmonika, Flöte, Oboe, Viola und Cello, KV 617 von W.A.Mozart und hin und wieder das 5. Klavierkonzert von Beethoven. Umgebungsgeräusche nimmt er durch die Rauschgeneratoren nur begrenzt wahr und kann deshalb hierzu keine Vorlieben benennen.

Entspannungstechniken:

Herr D. wendet keine Entspannungstechniken an und gibt zu verstehen, dass er aus Sorge vor dem, was dabei zu Tage treten könnte, auch in der Hörtherapie keine Entspannungsübungen ausführen möchte.

Erwartungen und Ziele:

Herr D. sehnt sich nach Stille, die er mit Stille im Grab vergleicht und möchte eigentlich auch seine Rauschgeneratoren los sein, ohne die er seit einiger Zeit nicht mehr auskomme. Zugleich reagiert er besorgt auf den Vorschlag, nach und nach ein Hören ohne diese Geräte anzustreben. Er befürchte, dass er zurzeit nicht in der Lage sein werde, sich auf die Therapie einzulassen.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Musik, im Besonderen ganz bestimmte Werke der Klassik haben für Herrn D. eine grosse Bedeutung. Er wählt sie gezielt und hört sie sehr bewusst.

In seinen Erzählungen und Romanen setzt er sich zum Teil intensiv mit diesen Werken und den damit entstehenden Assoziationen und Erinnerungen auseinander, dem „Grandiosen aber auch Schicksalhaften und Haltlosen in der Musik“, mit welchem er sich – häufig Ausdruck des Lebens und Leidens ihrer Verfasser – stark zu identifizieren scheint. So vermutet er, dass es für ihn zurzeit generell schwierig sein könnte, Musik zu hören. So vieles sei mit belastenden Bildern verknüpft.

Bei einem ersten Hörversuch mit dem Mittelsatz des Konzerts für Flöte und Harfe C -Dur, KV 299 (297c) berichtet Herr D., dass er die Musik „wie durch einen Vorhang“ wahrgenommen habe, der sich erst gegen Ende für kurze Momente lüftete. Die mit der Musik verbundenen Bilder und Empfindungen belasten ihn.

Ein weiterer Hörversuch mit dem 1. Satz aus dem Concerto D-Dur für Violine und Orchester von A. A. Bachschmid erinnert Herrn D. an einen Presslufthammer. Diese Musik sei „gezirkelt“ und er würde fliehen, wenn er sie im Konzert hören müsste.

Auf der weiteren Suche nach geeigneter Musik für das tägliche Musikhörtraining benennt Herr D. neben der Pastorale und dem 5. Klavierkonzert von L. van Beethoven, den 2. Satz aus der Haffner-Sinfonie. Auch diese Musik sei neben guten, zum Teil mit belastenden Erinnerungen verbunden. Doch er wolle es dennoch versuchen.

In der Folgezeit hört Herr D. diesen Satz aus der Haffner-Sinfonie mehrfach täglich und berichtet, dass es ihm für kurze, sehr emotional geprägte Momente gelungen sei, sich intensiv der Musik zuzuwenden. Über grosse Abschnitte habe er jedoch eine „Doppelspurigkeit von Musik und Tinnitus“ erlebt.

Nach und nach weitet sich seine Musikauswahl. Er hört aus Schuberts Sinfonie Nr. 6 die Sätze 1 und 2 und berichtet vom Bild verschiedener Räume, zu denen die Musik die Türen öffne. Auch den 4. Satz Andante aus der Bläuserserenade „Gran Partitta“ von Mozart und das 5. Klavierkonzert

von Beethoven bezieht er nun in das tägliche Hören ein und ist überrascht, dass er den Tinnitus zeitweise völlig ausblenden kann. Er bemerkt, dass er wieder gern Musik höre, "viel lieber als noch vor zwei Wochen."

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Nach anfänglicher Skepsis lässt sich Herr D. zunehmend auf Wahrnehmungsübungen mit einfachen Geräuschen ein und entdeckt hierbei zunehmend Hörreize, die seine Tinnituswahrnehmung positiv beeinflussen können. So ist ihm das Stereo-Spiel der Salzdosen besonders angenehm. Zugleich spürt er feine Schwingungen in den Ohren.

Der Klang des Regenrohres erinnert ihn an Wasser, welches er mit Unbegrenztheit, Weite und Heimat verbindet. Einen Hörversuch mit Smetanas „Moldau“ bricht er ab. Sie sei zu monströs, zu sehr Nationalmusik. Herr D. beginnt vermehrt, seine Umgebung über die Ohren zu ergründen. Die Wirkung überrascht ihn. Der Tinnitus gerät zunehmend in den Hintergrund und das Hören ohne Rauschgeneratoren erhalte wieder klare Konturen, auch wenn er sich ohne die Geräte „wie nackt“ fühle und sie vor allem im Aufenthaltsbereich der Station als Schutz gebrauche.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Multisensorische Blindführübungen im Freien verfolgt Herr D. sehr aufmerksam und beschreibt seine Wahrnehmungen im Anschluss bildhaft und differenziert. Es gelingt ihm, auch im Störschall von Flugzeug und Autobahn, leise, angenehme Hörreize wie das Knacken eines Astes, oder das Tropfen einer Dachrinne aufmerksam zu erhorchen, und mit wohligem Wärmeempfinden der Sonne im Gesicht und dem Duft von Salbei und Lavendel „den Tinnitus in die Flucht zu schlagen“. Zugleich nimmt er auch „Umgebungsärm“ in Verbindung mit einer Neubewertung weniger störend wahr. Das zu Beginn der Therapie „unanständige“ Türenschnallen anderer Personen quittiert er nach 3 Wochen mit einem Lächeln.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr D. wirkt im Ausprobieren verschiedener Geräusch- und Klanginstrumente zurückhaltend und vorsichtig. Gegen Ende des stationären Aufenthaltes erkundigt er sich sehr genau nach der

Möglichkeit, ein eigenes Regenrohr zu bauen, dass er später mit Bambus aus dem eigenen Garten im Tessin anfertigen möchte.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Herr D. fürchtet sich vor dem Zustand der Entspannung. Der Klang des Monochords ist für ihn aufgrund seiner Depression ungeeignet und Musik zur Entspannung zu hören, entspricht nicht seinem Verständnis von Musik. Wir verzichten deshalb auf Wunsch des Patienten auf Entspannungsübungen jeglicher Art.

Zusammenfassung:

Herr D. war bei Eintritt in die Klinik sehr schwer durch Tinnitus und Umgebungsgeräusche belastet. Stark gebunden an Rauschgeneratoren, die er täglich viele Stunden trug, um sich vor Geräuschen von innen und von aussen zu „schützen“, war sein Hören begleitet von Angst und in Vielfalt und Qualität schwer beeinträchtigt. Hören war keine Freude mehr, sondern Last. Im Verlauf der Therapie gelingt es dem Patienten, schrittweise und selbst bestimmt auf die Rauschgeneratoren zu verzichten, sich einer Vielfalt erneut zu entdeckender Hör- und Sinnesreize zu öffnen und eine gewisse Freude am Hören und Wahrnehmen wieder zu erlangen. Eingeengt auf das Rondo für Glasharmonika und das 5. Klavierkonzert von Beethoven, weitet sich zugleich sein Hörrepertoire wieder. In Auseinandersetzung mit der Sinnhaftigkeit seines Tinnitus kann der Patient nach und nach zu einer neuen, entspannteren Sichtweise desselben finden. Auch Umgebungsgeräusche werden zunehmend erträglich.

Im Anschluss an den Klinikaufenthalt setzt er seine Erlebnisse und Erfahrungen in der literarischen Form des Essays um.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Meine Gefühlssituation wurde zunächst stark durch die Erwartungshaltung, den Erfolgsdruck meiner Kollegen beeinflusst. Herrn D. begegnete ich schon, bevor ich ihn selbst „ungefiltert“ erleben konnte, so sehr eilte ihm sein Ruf voraus.

Etwas müde und doch erleichtert, dass mein erster Vortrag bei einer Weiterbildungsveranstaltung für Ärzte und Psychologen zum Thema „Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis“ trotz ausgefallener Lautsprecher so gut gelaufen war, freute ich mich auf den Ausklang bei einem kleinen Apéro, als unser Konsiliararzt im Bereich HNO in der Runde von Oberärztin, Assistenzarzt und Pflegeleitung strahlend einen neuen Patienten ankündigte:

„Herr D. wird demnächst in ihre Klinik eintreten. Ein sehr interessanter Fall!“ Herr D. sei selbst Arzt, erfolgreicher Schriftsteller mit vielen Preisen für seine Romane und Novellen und sehr bewandert in musischen Dingen. Dieser Fall müsse gut laufen, es könne sein, dass er über uns schreibe. So bekam ich „zur Einstimmung“ eines seiner Bücher über eine Glasharmonikaspielerin und begann es in den folgenden Tagen zu lesen.

Nach so viel Vorabinformationen und dem Auftrag des Arztes, nur ja gut zu sein, begegnete mir ein Mensch auf einer intellektuell äusserst differenzierten Ebene, mit dessen beinahe sezierender Darstellung von Musik, Handlungs- und Gedankenabläufen seiner Akteure und deren Handlungsumfeld ich mich gleichzeitig fasziniert wie angestrengt fühlte. In mir entstanden melancholisch getrübt Bilder voll Traurigkeit und Resignation und gleichzeitig eine konkurrierende Mischung aus Faszination und Abwehr mit dem Gefühl, an einem dunklen Abgrund zu stehen.

Als ich Herrn D. das erste Mal begegnete, sass er trotz dicker Jacke und Schal fröstelnd vor mir, was in mir Mitgefühl und das Bedürfnis ihn zu umsorgen, auslöste. Die wärmende Decke lehnte er mehrfach ab und rutschte unruhig auf seinem Stuhl hin und her. Auf meine Fragen antwortete er sehr leise und verzögert. Das Reden, überhaupt die Anwesenheit hier im Raum mit mir, schien ihn sehr anzustrengen. Zusammengesunken und zurückgezogen in seine grosse schwarze Jacke wirkte er sehr verletzlich und hilflos. Den Patienten hilflos und frierend zu sehen, bereitete mir körperliches Unbehagen. Ich friere selbst leicht und vielleicht spielte mein Bedürfnis nach Wärme und Geborgenheit mit hinein, als ich ihm wiederholt eine Decke anbot. Erst sehr viel später kam mir mit dem Bild des fröstelnden

Patienten die Erinnerung an die letzten Begegnungen mit meinem Vater in den Sinn. Er war damals nach langer, schwerer Krankheit abgemagert und fror oft sehr stark. Ich war erschrocken, wie intensiv mich diese Erinnerung nach über 14 Jahren überkam und all die Ohnmacht, Hilflosigkeit und Trauer wieder aufleben lies, die ich damals angesichts seines Leidens und seines nahenden Todes verspürte. Vielleicht hatten auch diese Erfahrungen - im Augenblick des Geschehens unbewusst - Einfluss auf mein Empfinden und Handeln, als ich es nur schwer ertragen konnte, Herrn D. frieren zu lassen.

Behutsam versuchte ich mit Fragen zum Hörerleben und Hörverhalten Kontakt zum Patienten aufzunehmen. Hierbei verharrte Herr D. in seiner zurückgezogen Haltung. Schwer atmend brachte er nur einzelne Worte hervor. Seine Antworten schienen sich mehr in einem abwehrenden Kopfschütteln oder einem ratlosen Schulterzucken als in seiner Sprache zu äussern. Nichts wolle er hören, nichts möge er; alles sei Belastung. Hoffnungen, Erwartungen an die Therapie habe er keine. Seine Sinne seien wund und er sehne sich nur noch nach der Stille im Grab. Auf die Rauschgeneratoren würde er zwar eigentlich gern verzichten, doch allein der Gedanke daran ängstige ihn. Er reagierte fast panisch, als ich ihn darauf ansprach. Ich hatte in diesem Moment die Sorge, den Patienten zu überfordern, ihm mit meinen Fragen vielleicht zu viel zuzumuten. Unsicherheit, das Richtige zu tun, überkam mich. Die Suche nach möglichen, wenn auch noch so geringen Ressourcen des Patienten, wehrte dieser immer wieder stöhnend ab und bemerkte verbunden mit einer fast theatralisch dargestellten Schauderbewegung seines ganzen Körpers: „Sie sind mir zu positiv.“ Dieser mit einem gewissen Nachdruck gesprochene Satz erzeugte nun meinerseits Abwehr. Einerseits fühlte ich mich „dumm und naiv“, dass ich auf die Idee gekommen war, ihn nach Dingen zu fragen, die er gern höre. Dann hatte ich wieder den Eindruck, mein Gegenüber spiele mit mir und sei gar nicht so schwach und hilfebedürftig sondern irgendwie verliebt in sich selbst, seine dunkle, hoffnungslose Sicht des Lebens. „Selbstdarstellung? Narzisst? Will er wirklich

Hilfe?“ Das Gespräch empfand ich wie ein Tauziehen, er am dunklen Abgrund, ich auf der anderen Seite, und ich hatte das Empfinden, er wolle mir vermitteln, dass diese Therapie hier bei mir ihm nicht werde helfen können.

Umso mehr irritierte mich seine Frage kurz vor Ende der Therapiestunde, als er sich danach erkundigte, ob er auch ambulant zu mir kommen könne.

Herr D. schien sehr ambivalent. Sollte er in der Klinik bleiben, oder sie doch wieder verlassen? Würde er hier Hilfe finden?

Rückblickend betrachtet, empfinde ich unsere erste Begegnung als eine Art Beziehungsprüfung. Wie zuverlässig sind Sie als Therapeutin? Sie wollen mir helfen? Sind Sie sicher, dass Sie das können? Einerseits drückt die Erscheinung des Patienten das Bedürfnis nach Hilfe aus, andererseits schützt er sich bereits durch das Ablehnen der Decke vor Berührung. Als wolle er mir beweisen, dass ich ihm nicht helfen kann, sich selbst, dass er stark ist. Doch zugleich ist er auch hin und her gerissen zwischen „ich will, ich will nicht - ich kann, ich kann nicht.

Gegen Ende der Woche verliess er die Klinik. In der Folgewoche trat er wieder in die Klinik ein. Er habe das Gefühl, nicht mehr zu können.

Bereits bei unserer zweiten Begegnung legte Herr D. von selbst, ohne dass ich es auch nur angedeutet hätte, die Rauschgeräte ab. Ich war überrascht, dass er das tat. Das war ein enormer Schritt für ihn. Überrascht auch deshalb, weil er so konkret Dinge, die ich bei unserer ersten Begegnung angesprochen hatte und gegen die er sich mit „Händen und Füßen“ gewehrt hatte, aufnahm und nun umzusetzen versuchte. Noch immer im Befinden stark beeinträchtigt, schien seine anfängliche Abwehr der ersten Therapiestunde, vorsichtigem Bemühen zur Kooperation gewichen zu sein.

Obwohl es ihn anstrengte, war er bereit, mit mir Musik zu hören. Wir begannen mit dem Mittelsatz des Konzerts für Flöte und Harfe von W. A. Mozart und versuchten uns über verschiedene Musikbeispiele an eine Musik heranzutasten, die Herr D. in den nächsten Tagen wiederholt gern hören würde. Die Suche gestaltete sich zunächst schwierig. Zum Teil war die Musik

für ihn mit belastenden Erinnerungen verbunden, zum Teil entsprach sie überhaupt nicht seinem Geschmack.

Ich war zunehmend ratlos, welche Musik den besonderen Hörerwartungen meines Gegenübers entsprechen könnte und hatte zum ersten Mal den Gedanken, dem Patienten nicht helfen, ihn nicht erreichen zu können. Interessanterweise begann Herr D. mir in diesem Moment die Hand zu reichen und schlug vor, es dennoch mit der zuvor abgelehnten Haffner-Sinfonie zu versuchen.

Rückblickend empfand ich diesen Moment als Wendepunkt. Herr D. wartete nicht mehr darauf was ich ihm anbieten würde, um es dann als für ihn ungeeignet zu verwerfen. Er begab sich mit mir auf die Suche nach Hilfreichem, nach Dingen, die ihm in seiner aktuellen Situation vielleicht gut tun könnten. Vorsichtig tastend, manchmal unsicher, war doch sein Bemühen, sein Wunsch zum Mittun deutlich spürbar.

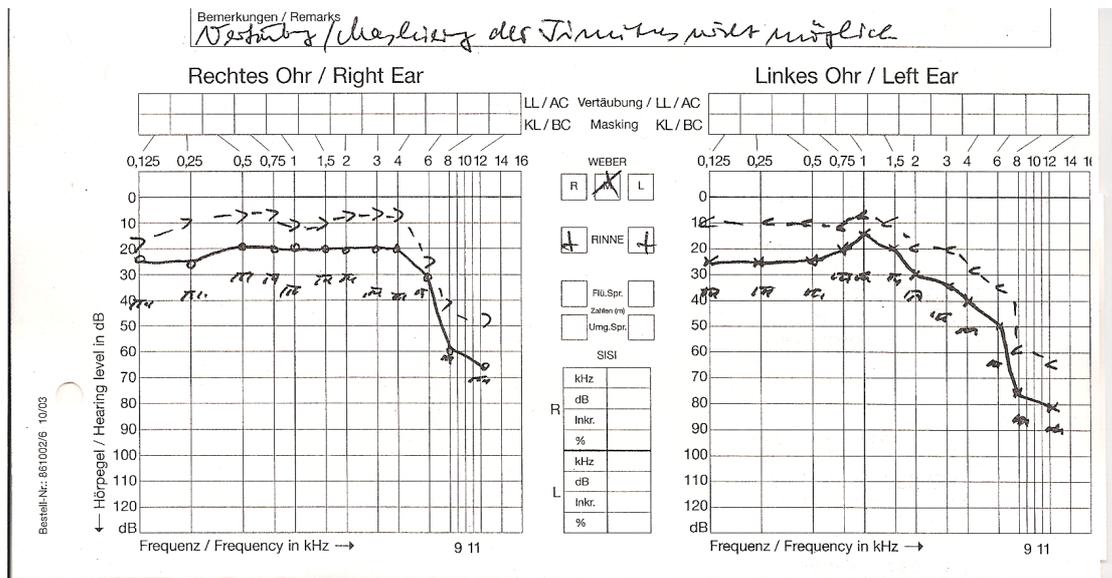
Resultate:

TF **Eintritt 12.3.2007** **Austritt 3.4.2007**

Gesamt	64 (sehr schwer)	6 (leicht)
Emotionale Belastung	11	2
Kognitive Belastung	5	0
Gesamt psych. Belastung	30	2
Penetranz Tinnitus	9	1
Hörprobleme	5	1
Schlafstörungen	4	0
Somatische Beschwerden	1	0

GÜF	39 (sehr schwer)	4 (leicht)
------------	------------------	------------

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 9: Herr R., 45 Jahre, Landschaftsarchitekt und Gärtner

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 8. 1. 2008

Anamnese:

Herr R. vermutet, im August 2007 ein Knalltrauma erlitten zu haben, als er bereits brennende Obstbaumäste mit Benzin übergoss. Es sei zu einer lauten Explosion mit Stichflamme gekommen. In der Folge habe der Patient ein Druckgefühl am rechten Ohr und nach etwa einem Monat ein Ohrgeräusch bemerkt, dass er zunächst mit dem berufsbedingten Gebrauch einer Motorsäge ohne Gehörschutz, später mit der Explosion in Verbindung brachte. Bei einer HNO-ärztlichen Untersuchung wurde eine Hochtonschwerhörigkeit festgestellt. Verschiedene medikamentöse Behandlungen blieben ohne Erfolg. Eine in diesem Zeitraum auftretende Schwindelproblematik verunsicherte den Patienten zusätzlich.

In seiner Tätigkeit als Landschaftsgärtner fühle er sich zunehmend beeinträchtigt. Seit Auftreten des Ohrgeräusches könne er schlecht ein- und durchschlafen und berichtet von mangelnder beruflicher Motivation. Er habe heute Angst, seine Arbeit wieder aufzunehmen, weil er dabei Motorsäge und Steinfräse benutzen müsse und Sorge habe, sein Ohr noch

weiter zu schädigen. Existenzängste und eine nach und nach auftretende Lärmempfindlichkeit belasteten ihn ausserdem. Er sei seither psychisch labiler, kritisiere seine Familie viel und belaste somit auch seine Frau. Sein jüngster Sohn von ca. 1 ½ Jahren sei für ihn sehr anstrengend, weil er viel schreie.

Sozialanamnese:

Herr R. ist verheiratet, lebt gemeinsam mit seiner aus Thailand stammenden Frau und den drei Söhnen im eigenen Haus und führt als Selbständigerwerbender ein eigenes Gartenbauunternehmen. Seit seinem Unfall im August 2007 ist er zu 50 % arbeitsunfähig.

HNO-Befund:

Tinnitus auris rechts, Hochtonschwerhörigkeit rechts, Hyperakusis beidseits
Die Otoskopie ist unauffällig. Das Reintonaudiogramm ergibt links einen Normalbefund, rechts einen Hochtonabfall ab 4000 Hz bis 70 dB bei 6000 und 10000 Hz. Der Tinnitus ist rechts bei 8000 Hz mit 10 dB über der Hörschwelle zu vertäuben. Die Unbehaglichkeitsschwelle ist beidseits deutlich auf Werte bis zu 55 – 60 dB abgesunken.

Der Tinnitus ist mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. In Verbindung mit der oben berichteten Explosion trat ein Druckgefühl am rechten Ohr als mögliches Symptom einer Innenohrschädigung auf. Der Hochtonsteilabfall besteht nur rechts und kommt somit als Ursache für das Ohrgeräusch in Frage.

Psychostatus:

Bewusstseinsklarer, gepflegter und allseits orientierter Patient. Es bestehen Anzeichen für leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Im formalen Denken besteht Anhalt auf leichte Gehemmtheit, mittelgradige Verlangsamung und Umständlichkeit, mittelgradige Eingeengtheit, Grübeln und Gedankendrängen bezüglich des Tinnitus und der Zukunftsängste. Kein Anhalt für Ich- und Wahrnehmungsstörungen, kein Wahn, kein Zwang.

Der Patient ist gut schwingungsfähig und leicht auslenkbar. Es bestehen leichte Ratlosigkeit, Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, bei mittelgradiger Ängstlichkeit, Gereiztheit und innerer Unruhe. Der Patient erscheint zudem

leicht klagsam mit leichten Insuffizienzgefühlen. Es besteht eine mittelgradige Antriebsarmut mit Verschlechterung der Symptomatik morgens. Es besteht Anhalt für leichten sozialen Rückzug, keine Suizidalität.

Somatische Erkrankungen:

Keine, ausser der im HNO-Befund erwähnten Schwerhörigkeit.

Diagnosen:

Tinnitus aurium H93.1

Anpassungsstörungen F43.2

Therapieplan:

Wöchentlich je 1 h Psychotherapie einzeln und in der Gruppe,
2 x 1 h Musik- und Hörtherapie einzeln, 1 h Bewegungstherapie in der Gruppe, 1 h Maltherapie.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Herr R. hört rechts ein Rauschen „wie bei einem Fernseher, wenn es kein Signal gäbe, nur höher.“

Subjektives Hörempfinden:

Herr R. sagt, dass er sein Gehör bisher nicht wirklich bewusst wahrgenommen habe. Es sei selbstverständlich gewesen, mit Freude und Genuss z. B. Musik zu hören.

In letzter Zeit würden seine Ohren hingegen immer häufiger Dinge aufnehmen, die er nicht hören wolle, weil sie ihm Unbehagen bereiteten. So habe er den Wohnort seiner Familie bewusst in der Natur gesucht, abseits von Lärm. Mit dem neuen Südanflug des entfernter liegenden Flughafens werde seine „heile Welt“ nun immer häufiger gestört.

Auf Arbeit habe er Sorge vor der Lärmbelastung, die einerseits seine Ohren weiter schädigen, andererseits das Ohrgeräusch verstärken könnte.

Zudem bemerke er beim Telefonieren und in Umgebung vieler Personen, dass er auf dem rechten Ohr weniger gut höre als auf dem linken. Oft fühle

sich das rechte Ohr an, als ob es „elektrisch aufgeladen sei“. Zusätzlich störe das Ohrgeräusch beim Hören.

Bisheriges Hörverhalten:

Herr R. hört seit einiger Zeit nur noch selten Musik. Mit 3 Kindern im Alter von 1 ½, 6 und 8 Jahren sei das Haus bereits mit Klängen verschiedenster Art angefüllt. Er finde momentan nicht den Raum, wo er ungestört Musik hören könne. Früher habe er Musik oft nebenbei gehört. Heute habe er das Bedürfnis, Musik bewusster zu hören.

Früher habe er viel zu Musik getanzt, um sich abzureagieren. Heute schätze er besonders die damit verbundenen Glücksgefühle. Ihm sei auch schon der Gedanke gekommen, das Ohrgeräusch mit Musik zu maskieren. Probiert habe er es jedoch noch nicht. Auch den Versuch, mit Musik das Einschlafen zu erleichtern, habe er schon in Erwägung gezogen. Er hatte bisher aber die Sorge, von der Musik abhängig zu werden.

Hörvorlieben:

Der Patient berichtet, dass er eigentlich Naturgeräusche aller Art gern höre. So sei ihm der Klang von fließendem Wasser sehr angenehm. Auch Wind, wenn er nicht zu stark wehe, möge er gern. Allerdings habe dieser seit einem Sturm, bei dem sein Haus beschädigt wurde, auch eine bedrohliche Seite. Einer seiner Söhne trage den Namen „Lom“ was auf thailändisch Wind bedeute.

Früher habe er gern Pop und Rock gehört, heute überwiegend Meditations- und Weltmusik. Für ihn sei es spannend, neue Klänge anderer Kulturen kennen zu lernen. Gern möge er auch Musik mit Naturklängen vermischt. Er habe sich eine Aufnahme mit Walgesängen zugelegt.

Hörerfahrungen mit klassischer Musik habe er nur wenige. Er bringe sie schnell mit Kirche in Verbindung. Für einen Hörversuch sei er dennoch offen. Ein Instrument hat Herr R. nicht gespielt. Doch sein Sohn lerne Cello, sein Vater spiele Gitarre. Er möge den Klang dieser Instrumente, obwohl er bis vor kurzem nicht gewusst habe, was ein Cello sei.

Entspannungstechniken:

Erfahrungen mit Entspannungstechniken berichtet der Patient nicht. Er wolle sich jedoch künftig mit buddhistischer Meditation beschäftigen. Seine Frau sei Buddhistin, und er habe viele Länder dieser Religion bereist. Er hoffe, dadurch zu innerer Ruhe zu finden und die wirklich wichtigen Dinge im Leben zu erkennen. Sein Ziel sei glücklich zu sein.

Erwartungen und Ziele:

Herr R. erhofft, dass durch die Therapie positive Aspekte des Hörens verstärkt werden, er wieder Freude am Hören finde und mit unangenehmen Höreindrücken besser umgehen könne. Er habe Sehnsucht nach Klängen, nach Musik und einem Raum, in dem er sie hin und wieder bewusst und ungestört von Flug- und Kinderlärm hören könne. Im Moment fehle ihm im häuslichen Umfeld diese Rückzugsmöglichkeit.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Herr R. entscheidet sich beim ersten Hörversuch für „Le Badinage“ aus einer Sammlung von Charakterstücken von M. Marais. Die Musik für Viola da Gamba interessiere ihn, weil sein Sohn Cello spiele.

Der Patient bemerkt beim Hören, dass er durch die tieferen Klänge sein hohes Ohrgeräusch deutlicher wahrnehme. Doch er könne sich mit dem Instrumentenklang und der Melancholie dieser Musik identifizieren.

Mozarts Sinfonie Nr. 1 bezeichnet der Patient nach dem ersten Hören als aufmunternd und abwechslungsreicher als die Gambenmusik. Er bekomme Mut. Die Musik spreche ihn mehr an.

Zugleich bewege sie ihn sehr. Unter Tränen erinnert sich Herr R. an die Hörgewohnheiten seines Vaters. Dieser habe solche Musik gehört und er könne durch das Hören dieser Musik seinen Vater jetzt besser verstehen. Sein Vater habe früher viel gegrübelt - was dem Patienten heute selbst so gehe - und sich durch das Hören von Musik vermutlich Gutes getan. Seinen Vater habe er als Kind vor allem als Vorbild wahrgenommen. Er fühle, dass dieser ihn geliebt habe, doch eine Umarmung habe es damals nicht gegeben.

Er empfinde in letzter Zeit häufig innere Unruhe. Es falle ihm schwer, in Bereichen, die ihm eigentlich wichtig sind, Ordnung zu halten und auch seine Gefühle zu ordnen, zu verarbeiten und zu begreifen. Er sehne sich nach einer Welt, in der er selbst alles einordnen und aufbauen könne und nicht mit den Ansprüchen von Frau und Kindern koordinieren müsse. So ein Rückzugsort sei früher sein Malatelier gewesen. Doch auch dort herrsche heute Unordnung.

Herr R. möchte sowohl Marais, als auch Mozart hören.

In der nächsten Therapiestunde berichtet er, dass ihn die Musik für Viola da Gamba sehr berührt habe. Er habe mit der Musik weinen müssen. Doch es sei ein „schönes Brüllen“ gewesen, ähnlich wie bei der Mozartsinfonie beim letzten Mal. Er habe durch die Musik an seinen Sohn gedacht und plötzlich verstanden, warum dieser ausgerechnet das Cello als Instrument gewählt habe. Es bezeichne es als eine Art Gefühlsübertragung zwischen seinem Sohn und ihm. Zugleich sei ihm bewusst geworden, dass immer die ältesten Söhne seiner Familie unter ihren Vätern gelitten hätten. Er beschreibe das Empfinden, nie gut genug zu sein, den Erwartungen des Vaters nicht zu genügen und erkenne zugleich das Problem der Väter, die Grenze von Ansporn und Überforderung gegenüber ihren Kindern wahrzunehmen. Auch er selbst sei manchmal mit seinem Sohn sehr fordernd und streng und gebe etwas weiter, worunter er doch selbst auch leide.

Die Musik sei wie ein Raum, in dem er diese Ansprüche und Erwartungen loslassen könne, ein Mittel zur Befreiung. Ganz ähnliche Erfahrungen habe er vor Jahren auch in der Verbindung von Tanz und Musik gemacht. Doch auch das Hören allein habe nun diese Wirkung. „Das Schöne ist, dass ich ein Gefühl für Situationen entwickle, die ich bisher nicht begriffen habe und die damit verbundenen Gefühle zulassen kann.“

Angeregt durch die Musik habe er am Wochenende seinem Sohn beim Spielen zugehört, ihm gesagt, dass er es schön finde, dass er dieses Instrument spiele. Es habe sowohl seinem Sohn, als auch ihm gut getan. Der Sohn habe begonnen zu improvisieren, ihm zu zeigen, was man mit dem Cello machen könne. Es sei fast meditativ gewesen.

Auch die Mozartsinfonie sei nicht ohne Auswirkung geblieben. Herr R. erzählt, dass er mit seinem Vater über die Musik und seine Erlebnisse damit gesprochen habe. Sie habe ihn an die Zeit der Scheidung seiner Eltern erinnert: „Meine Eltern hassen sich und ich stehe dazwischen. Ich habe als Kind versucht, etwas dafür zu tun, dass sie sich nicht hassen.“. Doch mit der Erfahrung, dass das nicht möglich war, sei das Bild der heilen Welt kaputt gegangen. Sein Vater sei sehr berührt gewesen und habe „feuchte Augen“ bekommen. „Die Musik löst Gefühle, die ich vorher nicht zugelassen habe.“

Doch auch für die Wahrnehmung und Bewertung des Ohrgeräusches leiste die Musik einen ganz wesentlichen Beitrag. Durch den Alltagsstress sei sein Hören in der Vergangenheit rudimentär geworden. Er habe sich selbst nicht mehr richtig gespürt. In der Auseinandersetzung mit dem Ohrgeräusch beginne er wieder viel bewusster zu hören. „Es geht wie eine Landschaft auf und der Tinnitus ist der Wind in der Landschaft.“ Sein Hören sei trotz Hörminderung vielfältiger als früher. „Mein Hören wird mehr, obwohl mein Hörvermögen schlechter ist.“

Gegen Ende des Klinikaufenthaltes berichtet Herr R., dass er sich einen Kopfhörer und eine neue Musikanlage gekauft habe. Mit den Kopfhörern könne er bewusster hören und störe niemanden. Musik sei für ihn ein Rückzugsraum geworden. Er höre nun eine neu zugelegte Aufnahme mit Flötenmusik und Naturgeräuschen. Der Tinnitus sei darin voll integriert, störe nicht und sei doch da.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Bei einer ersten multisensorischen Blindführübung im Klinikpark bewegt sich Herr. R. zunächst mit sehr kleinen, vorsichtigen Schritten. Die Füße löst er kaum vom Boden. Er müsse sich erst an die Situation gewöhnen und könne so den Untergrund besser spüren. Seine Sinneseindrücke beschreibt er sehr differenziert und assoziiert häufig eigene Erlebnisse in der Natur, zu der er als Gartenbauer einen besonders innigen Bezug habe. So erspürt er nicht nur die Rinde eines Baumes, er umarmt ihn auch, um die Energie aufzunehmen. Die Sonne im Gesicht nimmt er nicht nur als angenehme

Wärme und als Unterschied von Hell zu Dunkel wahr, er „tankt“ sie förmlich. Während des Ertastens der Oberfläche einer alten Holzpyramide stellt sich Herr R. den Duft frischen Holzes vor, den er förmlich riechen könne und fast versunken spricht er den folgenden Satz: „Ich liebe meinen Beruf.“

Bei Wiederholung der Übung berichtet der Patient, dass er die Übung noch intensiver erlebt und diesmal sehr bewusst räumlich gehört und Hören als Orientierungshilfe erfahren habe. Zugleich sei ihm der Zusammenhang von Stress und Tinnituswahrnehmung sehr bewusst geworden, als er durch den „Lärm“ der Strasse sein Ohrgeräusch lauter wahrgenommen habe und es mit dem Horchen auf Vogelstimmen und andere, ihm angenehme Geräusche schnell wieder in den Hintergrund verlagern konnte. Das Summen einer Biene bezeichnet er als eine angenehme „Brücke für den Tinnitus“.

Das Gewirr vieler Stimmen und Geräusche in der Cafeteria beschreibt Herr R. als zunächst überfordernd. Plötzlich habe er sich nicht mehr über die Ohren orientieren können. Er sei dadurch aber auf das Farbenspiel vor seinen geschlossenen Augen aufmerksam geworden, das er beginnend mit intensivem Blau, später in einem ganzen Farbenspektrum als „Seelenfarben“ bezeichnet: „Jetzt hast Du trotz geschlossener Augen ein ganzes Farbenspektrum erlebt.“

Fasziniert habe er auch den ihn umgebenden Schritten und Stimmen anderer Menschen gelauscht, die er durch die geschlossenen Augen in Ruhe habe entdecken können, ohne selbst reagieren zu müssen. Die Unterhaltung zweier Frauen in einer ihm unbekanntem Sprache habe ihm gefallen und durch den Klang der Stimmen, die eine „hoch und forsch“, die andere „tiefer und ruhiger“ habe er sie dennoch irgendwie verstanden – „fast wie Musik.“

Die Übung sei wichtig für ihn, da sie das Sehen und Gesehen-Werden relativiere und die innere Wahrnehmung verstärke.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Mittels verschiedener Geräusche und Klänge erkundet Herr R. sein Hörvermögen, verbindet das Hörbare mit inneren Bildern, beschreibt es

differenziert und benennt Vorlieben. Das Geräusch der Salzdosen erinnere ihn an Sand, Strand und Meer.

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Herr R. experimentiert mit einer Klangschale. Aufmerksam horcht er auf die verschiedenen Töne. Die Klangschale empfinde er als ganzheitlich. Ihr Klang gefalle ihm und enthalte seinen Tinnitus, der mit dem Instrument „in Fluss“ komme. Der Tinnitus, der sonst immer am gleichen Ort sei, werde zum Teil eines bewegten Tones, der „direkt ins Herz“ gehe und „reinige“. Mit der Klangschale könne er das Ohrgeräusch in den Raum verlagern, mal aussen weit weg, mal „mitten ins Herz“. Er habe das Gefühl, durch die Klänge wieder ins Gleichgewicht zu geraten, aus dem ihn der Tinnitus gebracht habe. Wenn er die Klangschale von links höre, könne er sich den Tinnitus zugleich auch auf dem linken Ohr vorstellen, wo er ihn sonst nicht höre. Höre er die Schale von rechts, gehe sie über das Ohr „direkt ins Herz“ und wirke „heilend“ weil der Ton einen „äusseren Anfang“ nehme.

In der Folge hört Herr R. tibetische Klangschalenmusik von CD. Sie helfe ihm, die angenehme Stimmung am Morgen ein Stück in den Tag hinein zu verlängern und er äussert das Bedürfnis, künftig auch selbst Musik zu machen, Klang zu erzeugen, vielleicht sogar Noten zu lernen, um auch seinen Sohn „verstehend“ begleiten zu können. Er habe beobachtet, dass er durch Pfeifen und Singen fröhlicher werde, den Tinnitus umpfeifen, sich auf ihn einstimmen und ihn auf die erzeugten Töne übertragen könne. Auch in Gegenwart der Kinder lockere sich die Stimmung durch Summen, Singen und Pfeifen. Wenn er im Auto pfeife, würden auch seine Kinder damit beginnen und mit ihm kommunizieren.

Während einer Eigentonübung experimentiert Herr R. mit der eigenen Stimme. Er variiert Töne in ihrer Höhe, Intensität und verbindet sie mit verschiedenen Lauten und Vokalen. Im Anschluss berichtet er, dass das „i“ mit dem Empfinden von Kopfenergie verbunden sei. Die zum Teil sehr laut und hoch gesungenen Töne würden ihn faszinieren. Bisher habe er hohe Töne gemieden. Doch heute habe er mit diesen Tönen eine Art

„Seelenenergie“ empfunden, die sich in und um seinen Kopf entfaltet habe.

Er entdeckte „Beseeltheit in vielen Dingen“ und habe wieder das Gefühl, selbst eine Seele zu haben. Das „a“ bedeute loslassen. Das „u“ nehme er vor allem im Bauch wahr. Es gehe tief nach unten und er habe versucht, es bis in die Füße zu leiten. Das „e“ verbinde er mit dem Herzen. Zur Silbe „om“ habe er eine starke Bindung und spüre auch Beruhigung darin. Der Name „Lom“ für einen seiner Söhne sei bewusst gewählt, weil er das „om“ enthalte. Mit selbst erzeugten Klängen und Geräuschen könne er gleichsam seinen Körper erspüren und Körpersignale erhorchen.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Herr R. geht - wie so oft - auch mit dieser Übung kreativ spielerisch um. Mit den Klängen des Monochords habe er Energie gespürt und versucht, sie gedanklich in den Kopf zu verlagern. Diese Vorstellung habe ein gelöstes Gefühl hinter den Ohren und im Nacken bewirkt, verbunden mit einem „Kribbeln wie ein angenehmer Schauer“, Wärme und dem Empfinden von Leichtigkeit. Mit dem Gedanken, diese Energie auch in den Bauch- und Beckenraum und damit „in die Mitte“ zu nehmen, berichtet er von dem schönen Gefühl „in mir zu sein“, von Geborgenheit und Schutz. Die Klänge habe er ruhig, regelmässig und wellenartig wahrgenommen und zeitweilig sei ihm der Gedanke gekommen: „Jetzt könnte ich einschlafen.“ Da er nachts nicht gut schlafe, habe ihm diese Erfahrung besonders gut getan.

Zusammenfassung:

Herrn R. gelang es im Verlauf der Therapie, die angebotenen Möglichkeiten immer wieder sehr aufmerksam aufzunehmen und bewusst kreativ umzusetzen. Diese sehr präsente Art der Auseinandersetzung ermöglichte es ihm, neben vielfältigen, wichtigen Erfahrungen für den Umgang mit seinem Ohrgeräusch, die er zugleich immer wieder in eigene Strategien wandeln konnte, verdrängte Erlebnisse seiner Kindheit zu erinnern und zu bearbeiten.

Beobachtungen zur Beziehung Patient – Therapeutin:

Herrn R.'s Schilderungen der Beziehung zu seinem Vater, der Auseinandersetzung seiner Eltern und der darauf folgenden Trennung, sowie seiner Zweifel, als Vater heute mit seinen eigenen Kindern das Richtige zu tun, berührten mich tief. Ich sah den Patienten als Kind vor mir, das um die Liebe und Zuwendung seiner Eltern ringt, deren Unversöhnlichkeiten hilflosausgesetzt ist und sich noch heute verantwortlich fühlt für eine Situation, auf die es keinen Einfluss hatte. Ich spürte Sehnsucht nach Urvertrauen, Geborgenheit und liebevoller Zuwendung, die Herr R. mit der Vertreibung aus seiner „heilen Welt“ wohl zu einem wichtigen Teil entbehren musste.

Heute ist dieses Kind als erwachsener Mann selbst Vater und sorgt sich, ob er seinen Kindern gerecht werden, ihnen die Liebe, Zuwendung und Förderung geben kann, die sie benötigen. „Kann ich meinen Sohn fördern, ohne selbst Noten lesen zu können?“ Sein Vater, mit dem er seine durch die Musik aufbrechenden Erinnerungen, Gefühle und Sorgen besprochen habe, bezweifle das.

Die Situation von Herrn R. erinnerte mich an meine eigenen Erfahrungen. Ich selbst bin Mutter und kenne die Sorgen und Zweifel, die Eltern in der Erziehung ihrer Kinder zuweilen überkommen. Kritisiere ich meine Kinder mitunter zu hart?

Ich bin auch Tochter und damit Kind einer Mutter, die ebenso wie der Vater von Herrn R. ihr ganzes Arbeitsleben als Lehrerin tätig war. Leistungserwartungen sind auch mir nicht fremd.

Als Herr R. das erste Mal zur Musik weinte, fühlte ich mich hilflos. Hatte ich ihm mit Mozart und Marais zu viel zugemutet? Hier sollte es doch um Tinnitus gehen. Vergrösserte ich seine Probleme?

Bei der folgenden Begegnung verflogen meine Zweifel. Mozarts Musik schien für Herrn R. heilsam, förderte Empfindungen zu Tage, die er wie er selbst sagte, bisher nicht zulassen konnte und die er mit ihrem Auftauchen ausleben konnte. Ich konnte mit ihm um verletzte Gefühle, entbehrte Zuwendung und unerfüllte Wünsche trauern und zugleich tiefe Dankbarkeit

empfinden für eine Musik, die Herrn R. so intensiv mit sich selbst, seiner Frau, seinen Kindern und seinem Vater in Verbindung brachte und ihm ein Stück des Heilsein zu vermitteln schien, dass er bisher vermisst hatte.

Ein anderes Mal berichtet Herr R., dass er reformiert aufgewachsen sich immer wieder von seiner Mutter und seiner Schwester unter religiösem Druck fühle. Ihre Glaubenssicht entspreche nicht der seinen. Seine Schwester versuche als Mitglied einer Freikirche immer wieder, ihn und seine Familie zu bekehren, stosse Drohungen aus und werfe ihm vor, dass er nur an sich selbst denke. Der Tinnitus sei in ihren Augen eine Strafe Gottes. Je mehr er sich von Gott abwende, umso lauter werde das Ohrgeräusch. Er vermisse im Christentum den persönlichen Spielraum und sei fasziniert von der Freiheit, die der Buddhismus den Menschen lasse. Dafür sei es im Christentum wiederum möglich, seine Probleme einfach abzugeben. Ich konnte die Suche nach Lebenssinn gut nachvollziehen. Viele der Äusserungen von Herrn R. erinnerten mich an eigene religiösen Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle von Sehnsucht nach Freiheit, Selbstbestimmung und Heilsein.

In den Begegnungen mit Herrn R. geschah es wiederholt, dass er Dinge aussprach, die ich einen Augenblick vorher gedacht und mir anzusprechen vorgenommen hatte.

So überlegte ich, das Thema „Einordnung des Tinnitus“ mit einem Namen anzugehen. Noch bevor ich es ansprechen konnte, tat es Herr R. von selbst. Er habe sich überlegt, dem Ohrgeräusch einen Namen zu geben. Einerseits hindere es ihn zur Ruhe zu kommen, sage: „Bleib wach, geh wieder in den Lärm.“ Andererseits könne er sich vorstellen, mit dem Hören auf den inneren Ton, zu entspannen. Später berichtete er, dass er mit seinem Ton im Ohr spiele. Angeregt durch die Information, dass es ursprünglich mehrere Bezeichnungen für das Phänomen Ohrgeräusch gegeben habe, habe er mit dem Namen experimentiert. So wurde aus Tinnitus unter anderem „Sinnitus“, was einen viel angenehmeren Klang habe. Zugleich spüre er die Kraft des „t“ bei „tus“ als Gegenpol. Er nutze die Dimension des Ganzen und wandle es für sich in Lebenskraft, Freude und angenehme Trauer. Der

Tinnitus werde ein Teil von ihm, mit dem er sich zunehmend versöhne. „Ich kann lernen von der feinen Stimme, die mir Hinweise gibt, wie ich mich besser spüre, mir wohler ist.“ Sie verfeinere seine Selbstwahrnehmung, werde ein „Ruffton“, der ihn ein Stück zu sich selbst rufe mit: „Schau besser zu Dir.“

Bei unserer letzten Begegnung bedankte sich Herr R.. Er habe den Eindruck, dass ich auf seine Wünsche und Bedürfnisse sehr aufmerksam eingegangen sei.

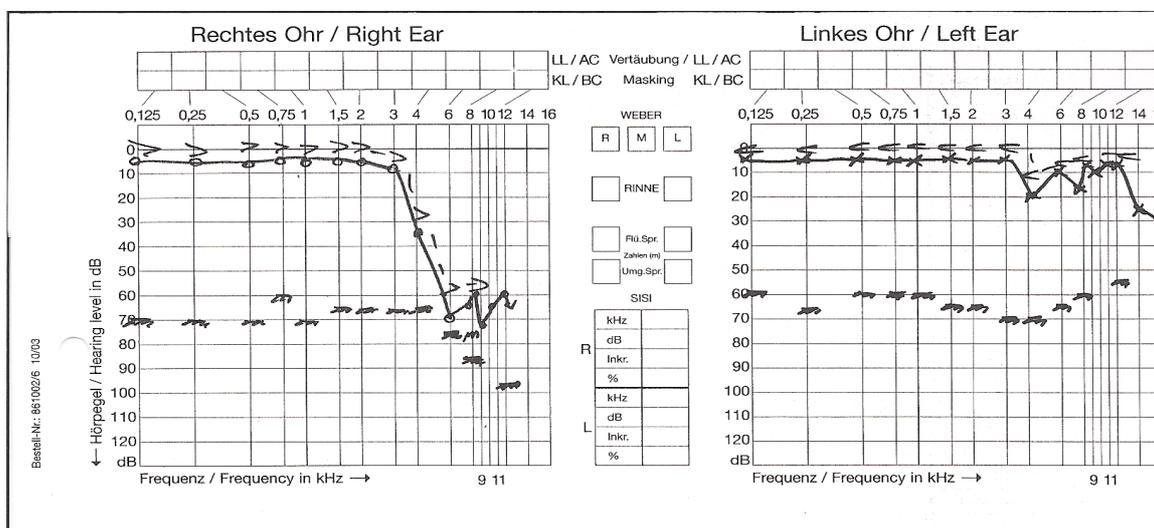
Resultate:

TF **Eintritt 7.1.2008** **Austritt 15.2.08**

Gesamt	42 (mittel)	23 (leicht)
Emotionale Belastung	12	6
Kognitive Belastung	4	2
Gesamt psych. Belastung	16	8
Penetranz Tinnitus	13	6
Hörprobleme	3	3
Schlafstörungen	7	6
Somatische Beschwerden	3	0

GÜF	19 (schwer)	10 (leicht)
------------	-------------	-------------

Audiogramm bei Eintritt



Fallbericht Nr. 10: Frau C., 40 Jahre, Pflegefachfrau und Geschäftsführerin

Erstgespräch/Beginn der Therapie: 3. 2. 2009

Anamnese:

Frau C. hört seit 3 Monaten ein Kopfgeräusch, das sie teils im ganzen Kopf, teils im rechten oder linken Ohr wahrnehme, manchmal als Pfeifen, manchmal als Rauschen oder Klopfen. Tinnitus sei bereits seit etwa 12 Jahren immer wieder intermittierend aufgetreten. Vor 4 und vor 2 Jahren habe sie sich wegen eines Burnouts psychiatrisch behandeln lassen müssen. Frau C. ist beruflich stark engagiert, früher als OPS-Schwester, dann als OPS-Leiterin an einer HNO-Klinik, heute als Geschäftsführerin einer Agentur für chinesische Medizin. Eine zweijährige Akupunktur habe ihr nicht geholfen. Sie schlafe wenig, meist nicht mehr als 2 Stunden und bezeichnet sich selbst als „workaholic“. Bei Bedarf nehme sie Beruhigungsmittel und habe ein Angst lösendes Mittel für den Notfall immer bei sich.

Sozialanamnese:

Frau C. ist ledig. Sie sei finanziell abgesichert. Als Geschäftsführerin habe sie keine Zeit für Partnerschaft und Kinder.

HNO-Befund:

Der HNO-Spiegelbefund ist unauffällig. Die Tympanometrie zeigt normale Druckverhältnisse in den Mittelohren. Die Stapediusreflexe sind seitengleich auslösbar. Das Reintonaudiogramm zeigt einen Hochtonabfall links ab 6000 Hz bis 40 dB bei 12000 Hz. Im Moment der Untersuchung besteht ein tieffrequentes Surren links, welches an der Hörschwelle bei 125 Hz maskierbar ist. Die Unbehaglichkeitsschwelle ist rechts leicht abgesunken, links normal. Die 1. Rippe links ist blockiert, die Muskulatur der HWS links verhärtet, die Rechtsrotation der HWS eingeschränkt.

Psychostatus:

Im Gespräch scheint die Patientin sehr lebendig, zeitweise sprunghaft, in ihren Gedanken stark auf ihre Angstsymptomatik und den Tinnitus fokussiert. Im Affekt wirkt sie mittelgradig depressiv und berichtet, dass sie sich in letzter Zeit niedergeschlagen und apathisch fühle. Es falle ihr schwer, sich

für ihre Aufgaben zu motivieren. Sie bemerke, dass ihr Interesse an vielem abnehme. Zudem leide sie unter Panik-Attacken, weshalb sie zunehmend Angst auslösende Situationen vermeide. Die Sorge vor unkontrollierbaren Angstanfällen begleite sie ständig, sie könne einen Herzinfarkt erleiden oder nicht mehr genug Luft bekommen, oder vielleicht gar nicht mehr zurück nach Hause gelangen. Bereits längere Zeit fahre sie darum weder Bus noch Bahn und entferne sich nicht mehr allzu weit von zu Hause. Autofahrten seien nur bei Einnahme von 0,5 mg Temesta® möglich. Psychomotorisch wirkt die Patientin mittelgradig unruhig. Sie erwache meist um 4 Uhr morgens, zum Teil auch mitten in der Nacht und liege dann schlaflos im Bett. Suizidgedanken werden von der Patientin verneint.

Somatische Erkrankungen:

Frau C. ist in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Es finden sich ekzematöse, maximal handtellergrosse, anamnestisch juckende Maculae am unteren Rücken und an den Gesässbacken. Den Juckreiz behandelt die Patientin mit Fenistil® Gel. Sie trägt Kontaktlinsen, hat eine Latexallergie und gibt an, dass sie keinen Ingwer vertrage. Ihr sonstiger Somatostatus ist unauffällig.

Diagnosen:

Hauptdiagnose	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) F41.0
Nebendiagnose	Tinnitus aurium H93.1

Therapieplan:

Psychotherapie einzeln und in der Gruppe mit verhaltenstherapeutischem Ansatz, Expositionstraining, Entspannungs-, Genuss- und Angstgruppe, 2 x 1 h Musik- und Hörtherapie als Einzeltherapie wöchentlich.

Musik- und Hörtherapie:

Tinnitus-Qualität:

Frau C. beschreibt ihr Ohrgeräusch als ein hohes Pfeifen „immer rechts, wie bei einem TV- Sendeton“. In stressigen Situationen nehme sie ihn auch links wahr.

Subjektives Hörempfinden:

Frau C. berichtet, dass ihr ohnehin schon immer feines und empfindliches Gehör durch ihre Tätigkeit als OPS-Leiterin noch empfindlicher geworden sei. Sie habe das Geschehen im Operationssaal ganz besonders über die Ohren verfolgt. Feinste Geräusche wurden zu Informationsträgern, gaben Auskunft darüber, was und wie etwas während eines operativen Eingriffs vor sich ging. Im Alltag sei dieses sensible Hören nun häufig eine grosse Last. Sie sei es gewöhnt hinzuhören und nehme dadurch ungewollt eine überfordernde Fülle von Hörreizen auf, die ihr Gehirn aktiviere und sie nicht zur Ruhe kommen lasse. Seit ihrem letzten Burnout sei sie noch geräuschempfindlicher und fühle sich auch durch Musikbeschallung in öffentlichen Räumen genervt.

Zurzeit höre sie darum am liebsten gar nichts, auch keine Musik. Musikhören, sei das nicht Zeitverschwendung?

Der Tinnitus sei nicht ihr Hauptproblem. Manchmal helfe er ihr sogar, das unentwegte, berufliche Gedankenkreisen zu unterbrechen, welches sie mittlerweile bis in den Feierabend hinein begleite. Der Tinnitus störe, wenn sie beruflich direkt gefordert sei und ihre Gedanken ordnen müsse. Könne sie in stressigen Situationen ihre Gedanken nicht mehr steuern, gerate sie in Panik. Dann gehe nichts mehr. Hinzu geselle sich dann auch eine unbestimmte Angst vor Unvorhersehbarem.

Bisheriges Hörverhalten:

Die Patientin hat bereits wiederholt ihren Wohnort gewechselt, um den Geräuschen ihrer Umgebung ein Stück weit entgehen zu können. Das sei noch immer nicht wirklich gelungen, weshalb gleich nach dem Klinikaufenthalt ein weiterer Umzug organisiert sei. Dann ziehe sie ins Dachgeschoss.

Nachts schlafe sie mit Gehörschutz in Form einfacher Ohrstöpsel. Musik höre sie zurzeit fast nicht. Bis zu ihrem letzten Burnout vor 2 Jahren habe sie gern die Hitparade und Tanzmusik gehört. Sie könne gut tanzen und habe sich eigentlich immer gern zur Musik bewegt. Doch Musik zu hören, empfinde sie heute als Zeitverschwendung. Sie würde sich lieber entspannen, was mit

Ruhe besser gelinge. Nur wenn es ihr wirklich gut gehe, schalte sie mitunter auch das Radio ein. Doch das sei sehr selten. Ihr tägliches Hörpensum schätzt Frau C. mit bis zu 30 min täglich ein. Eigentlich sei es noch weniger. Hier in der Klinik lasse sie, was ungewöhnlich sei, das Radio im Hintergrund laufen, um sich gegen die Geräusche auf der Station ein wenig abzuschirmen. „Damit ich die anderen nicht hören kann, wenn sie miteinander sprechen.“

Kulturelle Veranstaltungen besucht die Patientin nach eigener Aussage nicht mehr. Es sei ihr zu laut, und im Kino werde sie nervös.

Hörvorlieben:

Frau C. fällt es schwer, eigene Hörvorlieben zu benennen. Meeresrauschen, Regen, sanften Wind und Blätterrascheln empfinde sie durchaus als angenehm, Vogelgesang und das Knacken von Ästen unter den Füßen als zu laut. Sie könne im Moment nicht sagen, welche Musik, welche Instrumente sie gern oder ungern höre. Doch Klassik vertrage sie gar nicht, weil sie ihr zu langweilig, zu komisch, zu laut sei.

Früher habe sie Musik ganz bewusst geniessen können. „Ich habe gern mitgesungen und getanzt und war guter Dinge.“ Doch wo könne man heute noch singen? Auch Gitarre und Querflöte habe sie gespielt. Das Musizieren habe Geselligkeit vermittelt. Die Musik sei ein Gegenüber gewesen, mit dem sie sich lebendig gefühlt habe. Doch mit Abschluss der Schulzeit sei das Berufsleben in den Mittelpunkt geraten, keine Zeit zu musizieren, zu tanzen oder einfach nur Musik zu hören. Sie vermisse es manchmal.

Entspannungstechniken:

Die Patientin sagt, sie habe ein grosses Bedürfnis nach Ruhe. Sie komme schon seit 2 – 3 Jahren nicht mehr zu innerer Ruhe und Ausgeglichenheit, könne nicht wirklich entspannen. Entspannung umschreibt sie mit den Worten: „Wenn ich nichts denken muss. Ich fühle mich schwerelos, frei, glücklich, komme in meine Sinnlichkeit.“

Sie habe versucht, mit Entspannungsmusik Ruhe zu finden. Eine Art indianischen Gesang habe sie hierbei ganz angenehm in Erinnerung. Es sei ihr jedoch nicht gelungen, sich in diese Musik wirklich hinein zu vertiefen. Ein Versuch in Autogenem Training sei auch nicht hilfreich gewesen. Chinesische Massagen täten ihr hingegen gut.

Erwartungen und Ziele:

Frau C. stellt die Suche nach Möglichkeiten wirklicher Entspannung an die erste Stelle. Sie sehne sich nach innerer Ruhe. Es gebe soviel zu lösen und sie habe keine Ahnung, wo sie ansetzen solle. Da auch der Umgang mit dem Ohrgeräusch stressbedingt weniger gut gelinge, sei ihr die Vermittlung eines selbst anwendbaren Entspannungsverfahrens sehr wichtig.

Therapieverlauf - Musikhörtraining:

Frau C. hört im Rahmen der Musik- und Hörtherapie auf eigenen Wunsch zunächst keine Musik. Erst im Verlauf der dritten Woche ihres Klinikaufenthaltes berichtet sie plötzlich, dass sie daheim am Wochenende nach langer Zeit das Radio wieder eingestellt und zu einem Lied, das ihr gefiel, sogar gepfiffen habe. Sie sei nun neugierig zu erfahren, welche Musik ihr heute angenehm sei und würde dabei gern auch Musik neu kennen lernen, durchaus auch aus der klassischen Richtung. Die Musik sollte „ruhig, vielleicht auch mystisch“ klingen.

Bei unserer nächsten Begegnung hört Frau C. zuerst den 2. Satz aus dem Violinkonzert D-Dur von Ludwig van Beethoven. Sie entscheidet sich, die Musik im Liegen zu hören und berichtet im Anschluss, dass das Solo der Violine mit seinen hohen Tönen ihre ganze Aufmerksamkeit auf sich gezogen habe. Zunächst habe sie die hohen Töne als störend, im Ohr fast schmerzhaft empfunden. Doch mit dem bewusst gefassten Entschluss „Ich lasse die Töne zu.“ sei sie ganz in das Hören eingetaucht. Sie sei weit weg gewesen und habe den Tinnitus nicht mehr wahrgenommen. Das Bild der „Hörinsel“ habe ihr sehr geholfen.

Frau C. äussert den Wunsch, noch andere Musikstücke zu hören. Nach „In Paradisum“ aus Faurés Requiem - das etwas traurig sei, aber der Chor der

Frauenstimmen sehr angenehm und klanglich schön - fragt die Patientin nach Mozart und hört aus dem Divertimento Nr. 11 in D-Dur, KV 251, das Andantino.

„Ich war im Wald und habe Elfen tanzen sehen. Der Klang der Oboe ist besonders schön.“ Frau C. nimmt in den Schilderungen ihres inneren Bildes Bezug zu den spezifischen Klangfärbungen der Instrumente. Wahrscheinlich habe sie das Waldhorn zu ihrem Bild inspiriert. Die Musik sei beschwingt.

Einige Tage später berichtet Frau C., dass sie seit dem Musikhören in der letzten Therapiestunde immer wieder auf klassische Musik aufmerksam geworden sei, die im Hintergrund zu Sendungen im Fernsehen erklang. Dabei sei ihr stets der Gedanke „Die Musik gefällt mir.“ durch den Kopf gegangen. Den Zugang über das reine Hören von CD habe sie noch nicht im Alltag getestet, merke aber, dass sie sich dieser Musik auf neue Art nähere und wolle es auf jeden Fall ausprobieren. Von langweiliger, komischer Klassik ist keine Rede mehr. Frau C. benennt das bewusste Musikhören als eine ihrer „Inseln“ für die Zeit nach der Klinik, auf der auch klassische Musik zu hören sein werde.

Therapieverlauf - Wahrnehmungsübungen mit allen Sinnen:

Frau C. verfolgt aufmerksam eine Übung zu Hör- und Körperwahrnehmung, in der es darum geht, feine Bewegungen einzelner Körperbereiche zunächst zu erspüren, anschliessend zu erhorchen und in einem weiteren Schritt, den entstandenen Geräuschen nochmals innerlich nachzulauschen und den Bewegungen nachzuspüren. Ihre Erfahrungen mit der Übung bezeichnet sie als „gut“. Die Konzentration auf Hände und Füsse sei besonders leicht gelungen. Bei den Beinen sei es schwieriger. Sie bemerkt ein Primat des Hörens, indem sie die Übungsschritte stets umgekehrt habe. Zuerst habe sie gehorcht und sich danach auf das Erspüren konzentriert. Das innerliche Nachhören der selbst erzeugten Geräusche sei ihr ohne Probleme gelungen. Die Patientin schildert Assoziationen, die sich rasch mit gelebter Erinnerung verbinden. Das Streichen der Hände über die Ohrmuscheln erinnere sie an das Rauschen der „Hörmuschel“ ihrer Grossmutter, die sie vor kurzem von ihr geschenkt bekam. „Darin höre ich

das Meer.“ In Verbindung damit erinnert sich Frau C. an Kindheitserlebnisse mit ihrer Grossmutter auf einem Maiensäss. „Da war ich frei, Berge, Luft. Ich bin gerannt habe unbekümmert geschrien.“

Bei einer ersten, multisensorischen Blindführübung im Schnee geht die Patientin von Beginn an sehr sicher, fast beschwingt mit. Es sei ihr leicht gefallen, sich auf die Situation einzulassen. Noch vor drei Wochen hätte sie sich nicht vorstellen können, sich mit geschlossenen Augen einem anderen anzuvertrauen. „Ich kann mich vielmehr auf andere einlassen. Ich habe Vertrauen und kann mich führen lassen.“ Noch vor kurzem hätte sie versucht, eine solche Situation, in der sie loslaufen müsse, ohne zu wissen, was passiere, zu umgehen oder im Notfall wenigstens zu kontrollieren.

Die Übung sei entspannend. Sie habe sich wieder wie ein Kind gefühlt, sich an Spiel, an Experimentieren erinnert und Freude dabei empfunden.

Auch den Schnee möge sie heute wieder. Noch vor einiger Zeit hatte sie das Gefühl, er enge sie ein, nehme ihr die Luft zum atmen. Heute lausche sie neugierig auf ihre Schritte darin. Ihre Höreindrücke beschreibt Frau C. differenziert und es gelingt ihr, sich über die Ohren auch räumlich zu orientieren.

Therapieverlauf - Hörübungen mit Geräuschen, Klängen und Musik:

Frau C. schildert auch hier ihre Höreindrücke sehr differenziert und bildhaft. Die Zuordnung der Geräusche in Material und Richtung gelingt ihr mühelos. Mit spielerischer Neugier und Freude widmet sie sich einem angebotenen Hörmemory. Das sei spannend. So etwas mache sie gern und sei froh, so eine Trefferquote zu haben. Die Patientin wirkt während der Horchübung gelöst. Einfallsreich experimentiert sie mit Spiel- und daraus resultierenden Klangweisen der einzelnen Geräuschinstrumente.

Ihre Erfahrungen fasst sie zum Schluss mit einem fast nebenbei geäusserten Satz zusammen: „Ich höre gern.“

Therapieverlauf - Aktives Klanggestalten:

Frau C. schliesst Bekanntschaft mit einem Regenrohr. Sie spielt es zunächst selbst und experimentiert mit unterschiedlichen Spielweisen. Die Geräusche und Klänge erinnern sie zunächst an ein Holzxylophon oder auch eine

Rassel. Später entdeckt sie Geräuschvariationen, die ihrem Ohrgeräusch ähneln und hierbei durchzieht den bisher gelösten Gesichtsausdruck der Patientin plötzlich für kurze Augenblicke eine tiefe Stirnfalte. Die Patientin unternimmt nun auf Anregung den Versuch, den Klang des Instrumentes gedanklich auf das Ohr, statt umgekehrt, das Ohrgeräusch auf das Instrument zu projizieren. Bei anschließendem Spiel für die Patientin assoziiert diese zunächst ein Wasserrohr, später hinter dem Kopf eine Dusche. Sie könne es ohne Probleme hören. Doch wirklich angenehm empfinde sie die Geräusche nicht.

Therapieverlauf - Musikunterstützte Tiefenentspannung:

Aufgrund der Schwierigkeiten, die Frau C. über ihr aktuelles Vermögen zur Entspannung berichtet, entscheiden wir uns gezielt, über das körperlich aktive Verfahren der PMR in die Musiktherapeutische Tiefenentspannung einzusteigen. Zur Einstimmung auf die Übung und zur Auswahl der Klänge hört die Patientin zunächst das Monochord. Den Klang bezeichnet sie als „neutral, nicht unangenehm und sehr körperlich“ und wählt ihn für die folgende Übung.

In einer kurzen Einführung, wird mit Frau C. gebeten, nur zu beobachten, was während der Übung geschieht und wie sie es empfindet.

Ein Zustand der Entspannung als Ziel der Übung wird hier bewusst nicht thematisiert. Die leistungsorientierte Herangehensweise der Patientin an Aufgaben jeder Art, würde einer Entspannungswirkung möglicherweise von vornherein im Wege stehen. PMR ist, neben ihren Entspannungsfördernden Eigenschaften, in erster Linie ein Wahrnehmungstraining und als solches wird die Patientin darauf eingestimmt. Wir tun etwas und beobachten, was geschieht.

Frau C. verfolgt die Übungsschritte aufmerksam. Sie wirkt dabei zu Beginn angespannt, zum Teil unruhig. Ein Hustenreiz kommt auf. Hin und wieder öffnet sie die Augen. Es scheint eine Art Sicherung für sie zu sein. Unruhe, Skepsis sind spürbar. Die Patientin scheint mit der Situation innerlich zu ringen. Trotz der ausdrücklich angebotenen Möglichkeit, die Übung bei starkem Unbehagen zu unterbrechen, verfolgt Frau C. sie bis zum Ende.

Von aussen betrachtet scheint sie mit den Klängen des Monochords ruhiger zu werden.

Ihr Atem fliesst gleichmässiger, ihre Gesichtszüge wirken gelöster.

In der Reflexion des Erlebten berichtet die Patientin, dass sie es nicht gewöhnt sei, dass sich jemand so intensiv nur mit ihr beschäftige. So sei es ihr zu Beginn der Übung schwer gefallen, „innerlich abzugeben“. Immer wieder sei der unangenehme Gedanke, beobachtet zu werden, ihr aufgekommen. Erst mit der bewusst erzeugten Vorstellung eines ihr freundlich zugewandten, lächelnden Menschen an ihrem Bett, habe sie sich auf die Übung einlassen können und sie sei erstaunt. Sie habe tatsächlich Gelöstheit in Händen, Gesicht und Bauch spüren können. Prozesshafte Formulierungen wie „Die Finger werden immer länger und fließen in den Untergrund hinein. Der Bauch fließt in die Breite.“ waren hierbei besonders hilfreich.

Das Empfinden in ihren Händen vergleicht Frau C. mit einem Schwamm. Die Stirn habe sich breit, der Bauch wie in einer angenehmen, tiefen Schwere angefühlt. In ihrem Bauch habe sie trotz Bauchbeschwerden das Loslassen besonders gut spüren können. Er sei wie zum Zentrum geworden. Mit den Klängen des Monochords sei sie in eine Art Schwebезustand geraten und habe vor allem Farben (rot, gelb, grün und blau) wahrgenommen. Dieses Gefühl zu fliegen kenne sie von früher als sehr angenehme Erfahrung. Mit den in letzter Zeit immer häufiger auftretenden Angstzuständen habe sie einen - vom körperlichen Empfinden aus betrachtet - sehr ähnlichen Schwebезustand als unangenehm haltlos in Erinnerung. Erst mit dem bewusst gefassten Entschluss „Tu nicht so blöd! Geniesse das Fliegen wie früher!“ habe sie für Augenblicke tatsächlich Wohlbefinden erlebt und sich „frei“ gefühlt. Es sei ein Wechsel zwischen Unruhe und „sich einlassen“ gewesen. Frau C. sagt, ihr Problem sei, Verantwortung abgeben zu können. Dabei wolle sie doch gar nicht für alles verantwortlich sein. Während die Patientin ihre Erfahrungen schildert, wechselt Erstaunen mit leistungsorientierter Sicht. Beinahe fasziniert beschreibt sie einerseits ihre Erlebnisse, um sie anschliessend rational zu

relativieren. Dabei betont sie häufig das noch nicht Erreichte und schaut etwas ungläubig auf die ersten, selbst erlebten Augenblicke körperlichen und geistigen Wohlbefindens.

Bei unserer nächsten Begegnung berichtet Frau C. zu allererst, dass es ihr heute nicht so gut gehe, um dann plötzlich inne zu halten und Bezug auf die Erfahrungen nach der letzten Musik- und Hörtherapie zu nehmen. Erst im Rückblick sei ihr aufgefallen, um wie viel entkrampfter und entspannter sie sich nach der Stunde gefühlt habe. Seither habe sie ihren Bauch als „Entspannungsfeld“ entdeckt. Dort sei das Loslassen besonders gut spürbar gewesen. Die Übung habe nachgewirkt, indem die Anspannung des Tages wie von ihr abgefallen sei. Mit dieser Wahrnehmung seien Glücksgefühle verbunden gewesen. Frau C. möchte diese Erfahrung mit erneutem Ausführen der Übung vertiefen und berichtet im Anschluss, dass sie sich langsam an die Entspannung gewöhne. „Es geht mir immer besser. Ich kann mich einlassen. Die Zeit wird relativ. Ich denke nicht.“ Diesmal sei sie nicht geflogen. Diesmal sei die Musik zu ihr gekommen. „Die Musik ist zu mir gekommen. Der Ton ist in mich gekommen. Kurz dachte ich, er ist wie mein Schmerz.“ Hierbei zeigt Frau C. auf ihr Brustbein. Der Ton habe sie wie geöffnet. Sie fühle sich ruhiger und entspannter. Die Übung sei sehr angenehm.

Bei weiteren Wiederholungen der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung, später auch ohne PMR, schildert die Patientin immer wieder angenehme Erfahrungen, die sie bewusst in anderen Situationen nutzt.

So berichtet sie, dass sie sich freue, hierher zu kommen. „Ich kann mich hier entspannen.“ Zugleich kämen ihr hilfreiche Gedanken, angeregt durch die Musik- und Hörtherapie, in den Sinn, wie die eigenen „Inseln“ zu erkennen, kleine Schritte wahrzunehmen und wertzuschätzen.

„Ich muss nicht alles gleich erreichen.“ Gerade dieser Gedanke habe ihr beim Expositionstraining im Zug sehr geholfen. Bei Anfahrt des Zuges sei sie in den Zustand des Fliegens geraten, der ihr durch die Musiktherapeutische Tiefenentspannung wieder angenehm vertraut sei. Die Überlegungen „Ich

finde es schön. Ich kenne es.“ hätten ihr sehr geholfen, die Exposition erfolgreich zu bewältigen.

Zusammenfassung:

Frau C. ist bei Eintritt in die Klinik stark geräuschüberempfindlich, innerlich unruhig und hat den Eindruck, aus eigener Kraft keine Ruhe mehr finden zu können. Hinzu kommen Angstzustände, gegen die sie stets Medikamente für den befürchteten „Notfall“ bei sich trägt. Durch ihr Ohrgeräusch fühlt sie sich vor allem bei gedanklicher Konzentration während ihrer beruflichen Tätigkeit und auch allgemein in Verbindung mit Stress gestört.

Im Rahmen der Musik- und Hörtherapie gelingt es Frau C. seit längerem erstmals wieder, dieses verloren geglaubte Ruheempfinden zu erlangen und zu vertiefen. Dies geschieht besonders durch die Musiktherapeutische Tiefenentspannung in Verbindung mit PMR, über deren Aktivität, bewusst auszuführender Übungsschritte, die Patientin nach eigener Aussage einen leichteren Zugang findet.

Zentral sei für sie zudem von Beginn an die Vorstellung der eigenen „Insel“ gewesen, die in schwierigeren Situationen helfe, eine Brücke zu bauen, indem man sich bewusst und gezielt eigenen Sinneswahrnehmungen zuwenden könne. „Ich höre wieder und merke, dass Hören mich beruhigen kann.“

Mit ihrer Insel sei Erholung verbunden, die sie auch bei einem Spaziergang, in Gesellschaft von Freunden oder beim Musikhören finden könne.

Auch ihr Hören erlebt die Patientin nach der Therapie anders. Sie erkenne beim Hören Unterschiede wieder besser, habe Lust zu hören und sei nicht mehr so empfindlich auf Geräusche ihrer Umgebung.

„Ich höre wieder Musik. Ich singe wieder.“

Beobachtungen zur Beziehung Patientin – Therapeutin:

Frau C. wirkte bei unserer ersten Begegnung gestresst. Sie antwortete in hohem Tempo, ohne Innehalten und Nachspüren, oft eine rasante Aufzählung von Getanem, bereits Erlebten. Sie schien keine Zeit zu haben,

die Fragen auf sich wirken zu lassen. Ihre Schilderungen erinnerten mich an ein Bewerbungsgespräch, in dem sie bestrebt war, vor allem ihre beruflichen Kompetenzen hervorzuheben und diese sogleich mit einem grossen Erwartungsanspruch an Therapie und Therapeutin zu verbinden. So bezeichnete sie sich selbst als Workaholic. Sie habe sich als Geschäftsfrau für den Klinikaufenthalt 4 Wochen Zeit nehmen können. In dieser Zeit müsse sie wieder auf die Beine kommen. Ein atemloses Tempo in Verbindung mit einer gezielt Zweck betonten Sicht auf nahezu alles und jeden, schlug mir entgegen. Musikhören, sei das nicht Zeitverschwendung?

Frau C. hatte ganz offensichtlich Wichtigeres zu tun. Doch wohin hatte es sie geführt? In mir keimte der Gedanke an einen Hamster im Laufrad. Er läuft schnell und zielgerichtet geradeaus, legt fleissig eine lange Strecke zurück und dreht sich am Ende doch nur im Kreis. Pausen legt er erst ein, wenn ihm die Luft ausgeht, um sich anschliessend sogleich wieder in die enorm wichtige Aufgabe zu stürzen. Das tut er solange, bis die Atemlosigkeit zu einem Dauerzustand wird, weil die kurzen, vielleicht sogar mit einem schlechten Gewissen eingelegten Pausen, nicht mehr die erforderliche Erholung erbringen. Frau C. schien an diesem Punkt angelangt zu sein und der in mir aufsteigenden Unruhe verbunden mit dem Bedürfnis, im wahrsten Sinne des Wortes auf die Bremse treten zu wollen – ich sprach zunehmend von wichtigen kleinen Schritten, die es in Ruhe, ohne Zeitdruck, ohne Überforderung, vielleicht sogar mit Genuss zu tun, zu erfahren und zu beobachten gelte – folgte Genervtheit.

Die Körpersprache von Frau C. war lebendig, gesten- und mimikreich, ihre Worte sprudelten mir förmlich entgegen und doch entstand in mir der Eindruck, als ob die Patientin keinen gefühlsmässigen Bezug zu den von ihr geschilderten Erfahrungen fand.

Befragt auf ihr aktuelles Hörverhalten antwortete Frau C.:

„Ich höre zurzeit nichts. Ich sehne mich danach, nichts zu hören.“ Im Moment könne sie nicht sagen, welche Instrumentenklänge ihr angenehm sind, welche nicht.

Erst durch Fragen zu eigener Musiziererfahrung ihrer Jugendzeit geschah es erstmals, dass Frau C. innehielt. Sie musste nachdenken. „Wie war das damals?“ Hierbei wurde sie langsamer, wirkte ruhiger, antwortete nicht mehr sofort. Mimik und Gestik veränderten sich. Ihr Blick ging in eine Art gedankliche Versenkung. Die nun von ihr beschriebenen Gefühle und Empfindungen wirkten ganz anders, als ob sie die Gefühle von damals nicht nur erinnern, sondern ihnen sogar nachspüren könne. Sie habe Flöte und Gitarre gespielt und auch gern zu Musik gesungen und getanzt. Die Musik selbst sei ihr ein Gegenüber gewesen, mit dem sie Geselligkeit und Freude verbinde, die sie heute und hin und wieder auch im Verlauf ihres Berufslebens vermisst habe und vermisse. Mit dem Eintritt ins Berufsleben habe nur noch dieses im Mittelpunkt gestanden.

Über ihre Erinnerungen an Gefühle erlebter Freude und Unbeschwertheit gelangte die Patientin zu ihrem heutigen Empfinden. Sie sprach nach Aufzählung ihrer beruflichen Erfolge und ihrem damit verknüpften, zeitlich sehr umfangreichen Engagement, welches auch den Feierabend in Beschlag nahm, nun über ihre Unruhe und Ängste, darüber, dass sie seit einem wiederholten Burnout vor 2 Jahren nicht mehr innerlich zur Ruhe käme und begann über Dinge nachzudenken, die ihr angenehm waren, Kraft und Freude geben konnten, ohne Leistungsanspruch. Ich spürte Erleichterung. Frau C`s. zuletzt geschilderte Erfahrungen wurden zu einem ersten Anknüpfungspunkt für das therapeutische Miteinander, in dessen Zentrum das von ihr geäußerte Bedürfnis nach innerer Ruhe und Ausgeglichenheit, aber auch nach aktiv gestalteter Lebensfreude standen.

Resultate:

TF

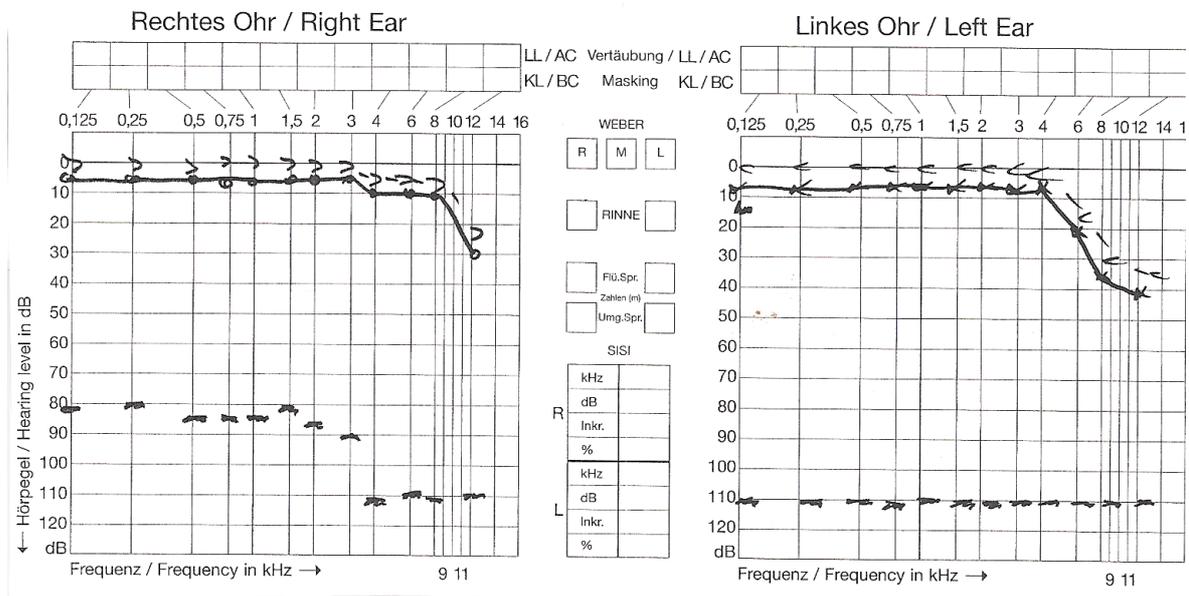
Eintritt 3.2.2009

Austritt 25.2.2009

Gesamt	61 (sehr schwer)	27 (leicht)
Emotionale Belastung	17	4
Kognitive Belastung	12	5
Gesamt psych. Belastung	29	9
Penetranz Tinnitus	12	6
Hörprobleme	9	5
Schlafstörungen	6	3
Somatische Beschwerden	5	4

GÜF	19 (schwer)	8 (leicht)
------------	-------------	------------

Audiogramm bei Eintritt



10.2. Die Musik- und Hörtherapie in der Tinnitusklinik Chur - MusikMedizin oder Musiktherapie? – eine zusammenfassende Betrachtung der Fallbeispiele

Betrachtet man das Thema der vorliegenden Arbeit, so scheint der Ausgangspunkt für die Behandlung der durch Tinnitus und Hyperakusis betroffenen Patienten vor allem im Bereich der MusikMedizin und Hörtherapie verankert zu sein. Die zum Einsatz kommenden Mittel in Form medizinischer Aufklärung über Tinnitus und Hyperakusis, Hörberatung, Hör- und Wahrnehmungsübungen zur Förderung bewusster Aufmerksamkeitslenkung unterstützt durch Klänge, Geräusche und Musik wirken auf den ersten Blick wie musikmedizinisches Handwerkszeug, mit dessen Hilfe der Patient in die Lage versetzt werden soll, sein Problem nach und nach zu bewältigen. Er **übt** und **trainiert** zunächst in therapeutischer Begleitung, später auch selbständig.

Im Mittelpunkt steht die Bewältigung des Leidens am Tinnitus, der Hyperakusis, die in Form einer Art Kausalität vor allem dann zu gelingen scheint, wenn der Patient eben jene angebotenen, therapeutischen Mittel gewissenhaft anwendet und trainiert.

Bezeichnungen wie **Musikhörtraining, Hör- und Wahrnehmungsübungen** oder **Steuerung der Aufmerksamkeit** erhärten diesen Eindruck.

Natürlich besteht eine solche Wechselwirkung in Form eines „wenn – dann“, welches für den Patienten im Prozess des Übens und Trainierens eindrucklich erfahrbar werden kann und in welchem der Therapeut durchaus auch als eine Art Coach fungiert.

Doch wird durch die vorangestellten Fallberichte deutlich, dass eine weitere, sehr bedeutsame Komponente entscheidenden Einfluss auf Anwendung und Wirkung der benannten therapeutischen Massnahmen hat. Es geht um die **Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut**, den Beziehungsraum in welchem sie einander begegnen und für den folgenden Therapieverlauf eine Vereinbarung treffen.

In Abwandlung der Worte von Straus, wonach der ganze Mensch mit seinen Gedanken, Gefühlen und Vorstellungen, Möglichkeiten und Einschränkungen Musik hört und nicht das Ohr oder das Gehirn allein, begegnen sich auch in der zunächst musikmedizinisch ausgerichtet scheinenden Musik- und Hörtherapie Menschen, die über das gemeinsame Ziel der Leidensbewältigung für den Patienten in eine Beziehung treten (Straus 1956).

Nicht das Ohr oder das Gehirn leiden unter Störgeräuschen, sondern eben dieser betroffene Mensch als subjektiv wahrnehmendes Wesen in seiner derzeitigen Situation. Dabei spielen neben physischen und psychischen Befindlichkeiten seine individuellen Erwartungen eine wichtige Rolle. Auch der Therapeut hat Erwartungen. Er möchte den Patienten bestmöglich begleiten, ihm Halt und Hilfestellung geben.

In der Regel bringt der Patient dem Therapeuten einen Vertrauensvorschuss entgegen, der nach Petersen in seiner Rolle als professionelles Gegenüber begründet liegt und dessen Handeln durch bestimmte, ethische Verhaltensweisen gekennzeichnet ist.

„Ein wesentliches und stillschweigend vorausgesetztes subtiles Moment dieser Rolle ist das sensible Spiel zwischen ungewöhnlicher Nähe und persönlicher Intimität auf der einen Seite und auf der anderen Seite reflektierendem Abstand, emotionaler Enthaltbarkeit und kühler Objektivität.“ (Petersen 2009)

Der Patient sollte davon ausgehen können, dass er neben methodisch orientiertem Vorgehen durch den Therapeuten ebenso dessen Aufmerksamkeit, Verständnis, Toleranz, Wertschätzung, Sicherung und Hilfestellung erfährt. Letztlich sind sie grundlegende Ausgangsbasis für jede Form therapeutischer Arbeit.

Ebenso ist es wichtig, dass der Patient bereit ist, sich auf das therapeutische Geschehen und damit auch auf den Therapeuten als Gegenüber einzulassen. Das geschieht dann, wenn gegenseitiges Vertrauen besteht.

Petersen benennt drei Dimensionen des Erlebens, die sich in der therapeutischen Beziehung ständig vermischen. „Die Dimensionen heissen: *Übertragen, Beziehen, Begegnen.*“ (Petersen 2009)

Auch in der MHT spielen diese Dimensionen eine tragende Rolle. Das **Beziehen** ist gekennzeichnet durch das zweimal wöchentlich stattfindende Einzelsetting. Für die Dauer des Klinikaufenthaltes treffen sich Patient und Therapeut in einem eigens hierfür mit dem notwendigen Instrumentarium ausgestatteten Raum. Auch wenn dieser äussere Rahmen im Verlauf der Therapie nach und nach eine Erweiterung erfährt – ein Teil der Übungen findet im Freien statt – fungiert er doch stets als zunehmend vertrauter werdender Ausgangs- und Endpunkt des Zusammenkommens.

Die angewandte Methode enthält neben medizinischen Elementen – beispielsweise zur Aufklärung des Patienten über bestimmte Zusammenhänge und Wirkungsweisen in Bezug auf seine Beschwerden – ebenso künstlerische und verhaltenstherapeutische Anteile, die sich gegenseitig durchdringen.

Sehr gut deutlich wird diese Verbindung anhand der Rezeption von Musik. So kann die Frage nach dem Hörvermögen, der Art des Hörens in Form von Hörstrategien, über die Beeinflussung von Hör-, Wahrnehmungs- und Denkweisen bis zur emotionalen, frei assoziativen Auseinandersetzung mit einer Musik führen und dadurch auch seelische Belange in den Mittelpunkt rücken, die bei erster Betrachtung nicht unmittelbar mit dem Thema Tinnitus beziehungsweise Hyperakusis in Verbindung stehen, jedoch auf die psychische Befindlichkeit des Patienten wirken und dadurch sicher auch unbewusst und unterschwellig seinen Umgang mit den Problemen im Hörbereich beeinflussen können. Der Fallbericht über Herrn R. (Fallbericht Nr. 9) schildert eine derartige Situation, wo über das ursprünglich musikmedizinisch eingesetzte Instrumentarium Musik, zur Weitung von Hörerfahrungen und zum Training gelenkter Aufmerksamkeit, seelische Not an die Oberfläche gelangt, die Herrn R. zu Tränen rührt und ihn dazu führt, die Beziehung zu seinem Vater aufzuarbeiten. Er entdeckt ihn als Mensch, der trotz hoher Ansprüche mitunter genauso hilflos und unvollkommen

agiert wie er selbst. Dabei beginnt Herr R. auch den Umgang mit seinen eigenen Kindern zu überdenken und unbewusst von seinem Vater übernommene Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern.

Unabhängig davon, auf welchem der benannten Bereiche für den Moment der Schwerpunkt liegt, gehen auch in der MHT Patient und Therapeut eine Beziehung ein, die sich nicht auf die angebotenen Methoden beschränkt.

Für den Patienten ist wichtig, dass er in der Beziehung zum Therapeuten Sicherheit, Vertrautheit und - wo nötig und angebracht - Bestätigung erfährt. Im Verlauf der Therapie soll er eigene Ressourcen erkennen und heilsam aktivieren. Damit verbunden können Zweifel, Wut und Ärger, Trauer, Verzweiflung, aber auch Freude und Hoffnungen auftauchen, die unbewusst mit der Person des Therapeuten verknüpft, auf ihn übertragen werden. Wichtig ist, dass der Therapeut diese **Übertragungen** erkennt und sich ebenso seiner eigenen Gefühle, Erwartungen und Wünsche bewusst wird, die er in Reaktion auf die Handlungen und Äusserungen des Patienten wiederum auf diesen richtet. Man spricht von **Gegenübertragung**, welche zu erkennen, dem Therapeuten ein hohes Mass an Sensibilität und Empathie abverlangt und ihn so in die Lage versetzt, dem Patienten als Halt gebendes Gegenüber zur Seite zu stehen. Hierbei kann die Gegenübertragung des Therapeuten sowohl **konkordant**, als auch **komplementär** sein, je nachdem welche Objektbeziehungsdyade im Patienten gerade aktiviert ist (Clarkin et al. 2008).

Kann sich der Therapeut mit dem aktuellen, subjektiven Erleben des Patienten affektiv identifizieren, entspricht sein inneres Erleben dem Selbsterleben des Patienten, handelt es sich um eine konkordante Gegenübertragung, eine Art „Probeidentifizierung“.

Nimmt der Therapeut Gefühle wahr, die der Übertragung des Patienten entgegen gesetzt sind und identifiziert sich mit Anteilen, die der Patient zu bestimmten Momenten auf den Therapeuten projiziert (z. B. eine Bezugsperson wie „der strenge Vater“), ist seine Gegenübertragung komplementär. Man spricht von „Objektrepräsentanz“ (Clarkin et al. 2008).

Die in der Gegenübertragung auftauchenden Gefühle können einen Hinweis darauf geben, welches Thema für den Patienten in der Therapie aktuell wichtig ist.

Hin und wieder kann es geschehen, dass einem magischen Augenblick gleich, **Begegnung** entsteht. Petersen (Petersen 2009) beschreibt ihn folgendermassen:

„Die Dimension der Begegnung lebt in der rückhaltlosen Offenheit von Ich und Du. Patient und Therapeut gehen – jenseits ihrer zugeschriebenen Rollen mit allem professionellen Instrumentarium – aufeinander zu. Diese Gradwanderung wird von manchem Therapeuten auch als Seiltanz angesehen: das Risiko ist bekannt, entscheidend ist die unbedingte Offenheit: der erworbene professionelle Schutz mit diagnostischem Wissen, therapeutischer Technik, abgestecktem Rahmen ist zwar gegenwärtig, aber er wird nicht als Mittel der Abgrenzung benutzt, sondern auch bewusst hinter sich gelassen, um die Unmittelbarkeit und Spontaneität des Begegnens zu ermöglichen.“

Petersen beschreibt den Fluss als eine der Haupteigenschaften solcherart Begegnung. Begegnen werde als heilsame Erfahrung *„in der Sphäre des Zwischen geboren – zwischen den Worten im Schweigen, zwischen den Tönen, zwischen bewusst und unbewusst, im Raum zwischen Ich und Du...“*

Auch in der MHT ist Begegnung möglich, denn auch hier ist der Beziehungsaspekt von grundlegender Bedeutung. Nicht allein die Kenntnisse und angewandten Methoden des Therapeuten helfen dem Patienten weiter, sondern in erster Linie die respektierende Wertschätzung, die der Therapeut dem Patienten entgegenbringt. Dadurch wird er überhaupt erst in die Lage versetzt, sich auf das therapeutische Angebot einzulassen. Hinzu kommt, dass Patienten häufig sehr gut spüren können, was ihnen hilft und was sie brauchen. Woran es ihnen oft mangelt, ist das Vertrauen in dieses ureigene, innere Wissen. In der humanistischen Psychologie - im Wesentlichen begründet von Abraham Maslow (Maslow 1973) - betrachtet man das menschliche Wesen als ganzheitliches, einzigartiges Individuum in seinen Lebensbezügen und geht davon aus,

dass in jedem Menschen ureigenstes Heilpotential vorhanden ist, welches er erkennen und aktivieren kann. Im Rahmen derart ausgerichteter therapeutischer Behandlung versteht sich der Therapeut in erster Linie als Anbieter und Begleiter in einer das Wachstum des Patienten fördernden Beziehung. Die Beziehung selbst wird zur Therapie. Im Mittelpunkt steht statt des „Warum“ das „Wie“. Ähnliche Ansätze finden sich in der Logotherapie Franks, der humanistischen Psychoanalyse Fromms und in der Gestalttherapie Perls (Möller et al. 2003).

Je besser diese Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist, umso grösser kann der therapeutische Erfolg sein, der je nach Zielsetzung im Verlauf der Therapie möglich wird.

Patienten bringen meist bei der Verabschiedung zum Ausdruck, wie wichtig ihnen neben hör- und wahrnehmungstechnischen Anregungen vor allem auch die menschliche Begleitung war.

So bemerkt der Patient Nr. 22 in Reflektion des Therapieverlaufs, dass er die Art des gemeinsamen Schaffens sehr geschätzt habe, die Atmosphäre sehr angenehm empfand.

Herr R. (Fallbericht Nr. 9) sagt, dass er den Eindruck hatte, dass auf seine Bedürfnisse und Wünsche individuell eingegangen wurde. Die **Mischung aus Hörübungen, aufmerksamer Begleitung und Hörberatung** sei sehr hilfreich. Die Patientin Nr. 11 bedankt sich für die Geduld, die ihr entgegengebracht worden sei. Die MHT habe ihr gezeigt, dass es möglich sei, Fortschritte zu machen. Selbst die Patientin Nr. 12, die ihren Klinikaufenthalt vorzeitig beendete, sagt: „Sie haben mir sehr geholfen.“

Der Patient Nr. 14 schreibt später von zu Hause nochmals einen Dankesbrief wie auch eine andere Patientin, die ihre Eindrücke mit den folgenden Worten zum Ausdruck bringt:

„In einer sehr schwierigen Zeit haben Sie mir wieder Lebensmut gegeben. Von Herzen danke ich Ihnen für das gemeinsame Hören, Singen, Fühlen und Spüren. Auch danke ich für Ihre Geduld und all Ihre guten Worte, welche einen Berg schließlich zu einem Bergli schmelzen liessen. Ich werde auch in Zukunft fest an Sie und das Gelernte denken.“

Ganz offensichtlich ist für diese Patientin das Gelernte eng mit der Person der Therapeutin verknüpft, die sie in ihrem Entwicklungsprozess während der Therapie begleitet hat. Ebenso bedeutsam ist, dass die Patientin in ihrem Brief auf die Ebene des Fühlens Bezug nimmt. Das Erlernete scheint sich ihr in erster Linie mit Hilfe des Erfahrens und Fühlens zu erschliessen und so nach und nach ein Verinnerlichen zu ermöglichen.

Diese Annahme wird zugleich dadurch gefestigt, dass die Patientin sich bereits vor ihrem Klinikeintritt intensiv mit Selbsthilfeliteratur auseinandergesetzt hatte. Rein theoretisch war sie über einen Grossteil der wissenswerten Fakten rund um Tinnitus und Hyperakusis sehr gut informiert. Was ihr fehlte, war der persönliche fühlbare innere Bezug, der sich in den folgenden Worten der Patientin ausdrückt:

„Ich sage das immer wieder zu Ihnen, damit Sie mir genau das antworten. Ich muss es immer wieder von Ihnen hören.“

Die Patientin sorgte sich trotz guten Audiogramms und der dazugehörigen umfassenden Aufklärung durch den HNO-Arzt um ihr Gehör, litt unter Selbstvorwürfen und Zweifeln, selbst Schuld an ihrem Leiden zu sein, es selbst verursacht zu haben. Für sie war es wichtig, ihre Ängste und Zweifel, manchmal auch Ärger und Verzweiflung wiederholt in Worten und Tönen zum Ausdruck bringen und dadurch abarbeiten zu können und hierbei Halt, Beständigkeit und mitfühlendes Begleiten zu erhalten. Dazu brauchte sie das Gegenüber der Therapeutin.

Selbsthilfeliteratur kann - wenn sie gut gemacht ist - eine sehr wertvolle Hilfe sein. Doch ein Buch führt über die Fakten, die es vermittelt, keinen Dialog. Es ist nicht empathisch und kann die Stimmungen, Ängste und Nöte dessen, der in ihm liest, nicht erspüren und darauf eingehen. Das wird erst in der Begegnung und Beziehung lebendiger, fühlender Wesen möglich. Das bedeutet, der Lern- bzw. Therapieerfolg wird durch die Qualität der Beziehung von Patient und Therapeut entscheidend beeinflusst. Frau T. fühlt sich erst durch die therapeutische Begleitung in die Lage versetzt, Übungen und Hilfen überhaupt anzuwenden und zu verinnerlichen, nicht durch theoretische Vermittlung, sondern in erster Linie durch Erfahren.

An erster Stelle steht das Erfahren, um später das Vermitteln in Form von Benennung zu ermöglichen.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt. Viele der Patienten leiden neben Tinnitus und Hyperakusis unter Depressionen und Angst verschiedener Ausprägung. In einem solchen Zustand fehlt ihnen schlicht der Antrieb und das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. Ein rein auf sich selbst gestelltes Üben und Lernen würde diese Patienten überfordern. Sie brauchen das Gegenüber, die Begleitung, die Ermutigung, den Halt, um ihre persönlichen ersten Schritte aus dem Leiden heraus gehen zu können. Dabei steht ihnen der Therapeut nicht als abstraktes Wesen zur Seite, sondern als fühlender Mensch, der auf die Befindlichkeiten und Bedürfnisse des Patienten eingehen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Vorgehen in der Musik- und Hörtherapie der Tinnitusklinik Chur in seiner erlebnis- und übungszentrierten Form neben musikmedizinischen, lerntheoretischen, künstlerischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen ebenso Anteile aus der Tiefenpsychologie und der humanistischen Psychologie in sich vereint und auf der Basis der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ebenso **psychotherapeutisch wirkt**. Daraus resultierend kann geschlussfolgert werden, dass die Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis in der hier vorgestellten Form ein musiktherapeutisches Verfahren darstellt.

11. Veränderungen durch die Musik- und Hörtherapie

11.1. Fragebogen zur Datenerhebung

Wie im Klinikkonzept unter 9.1. erläutert, erhalten die Patienten während ihres Aufenthaltes in der Tinnitusklinik Chur verschiedene Therapien, die auf Behandlungsverlauf- und erfolg in unterschiedlicher Weise Einfluss nehmen. Um dennoch den spezifischen Beitrag der MHT herausarbeiten zu können, wurde ein Fragebogen entwickelt, der gezielt Veränderungen ermittelt, die vom Patienten mit der MHT in Verbindung gebracht werden.

Die Fragen sind überwiegend in Form der Analogskala an den Patienten gerichtet. Nur vereinzelt stehen konkrete Angaben zur Auswahl oder werden in Form persönlicher Ergänzungen des Patienten erfragt (Abb. 7).

Der Fragebogen ist in drei Bereiche gegliedert. Unter Punkt 1 und 2 werden grundsätzliche Fragen zur MHT gestellt. Die Nummern 3 - 8 umfassen Rahmenfragen, 9 - 11 Handlungsfragen.

1. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Musik- und Hörtherapie an Ihrem Therapieerfolg ein?
 Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala mit einem Kreuz.
 gering _____ sehr hoch

2. Was hat sich durch die Musik- und Hörtherapie verändert?
 nichts _____ sehr viel

3. Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihre Hör- und Sinneswahrnehmung ein?
 verschlechtert _____ sehr bewusst und feinfühlig

4. Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihr Hörvermögen ein?
 verschlechtert _____ viel besser

5. Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihre Motivation/ Freude zum Hören ganz allgemein ein?
 gering _____ sehr gross

6. Was hören Sie angeregt durch die Musik- und Hörtherapie heute bewusster und mit mehr Freude?
 Bitte kreuzen Sie zutreffende Antworten an. Mehrfachnennungen und eigene Ergänzungen sind möglich.
 Musik
 Umgebungsgeräusche
 Anderes: _____

7. Wie schätzen Sie Ihr Entspannungsvermögen ein?
 schlechter _____ sehr verbessert

8. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihres Ohrgeräusches ein?
 schlechter _____ sehr verbessert

9. Welche Veränderungen bemerken Sie in Ihrem Umgang mit Musik?
 Bitte kreuzen Sie zutreffende Antworten an. Mehrfachnennungen und eigene Ergänzungen sind möglich.
 Ich höre Musik aufmerksamer.
 Ich achte mehr darauf: was ich höre
 wie laut ich höre
 wie lange ich höre
 Ich höre keine Musik.
 Anderes: _____

10. Wie schätzen Sie Ihren künftigen Umgang mit „Hörevents“ (Konzerte, Theater, Kino u. ä.) und eigenen musikalischen Aktivitäten ein?
 verstärkte _____ Vorfreude
 Vermeidung _____ durchaus neugieriger

Wenn neugieriger oder Vorfreude, worauf?

11. Wofür werden Ihnen die in der Musik- und Hörtherapie durchgeführten Übungen im Alltag helfen können?
 den Umgang mit meinen Ohrgeräuschen zu erleichtern
 den Umgang mit störenden Umgebungsgeräuschen zu erleichtern
 mich zu entspannen
 keine Hilfe
 Anderes: _____

Abb. 7: Patientenfragebogen zu Veränderungen durch die MHT

11.2. Untersuchungsergebnisse

Frage 1: Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Musik- und Hörtherapie an Ihrem Therapieerfolg ein?

(gering – sehr hoch)

Die Initialfrage 1 wird vom überwiegenden Teil der Patienten mit Werten im Bereich von 5.0 und darüber angegeben (Abb. 8). Der tiefste Wert liegt bei 3.4. Patient Nr. 20 merkte hierzu auf dem Fragebogen an, dass er vor allem Hilfe bezüglich seiner Schwindelproblematik suche, weniger wegen des Tinnitus. Die Therapie habe ihm dennoch sehr viel Neues gezeigt und Freude bereitet.

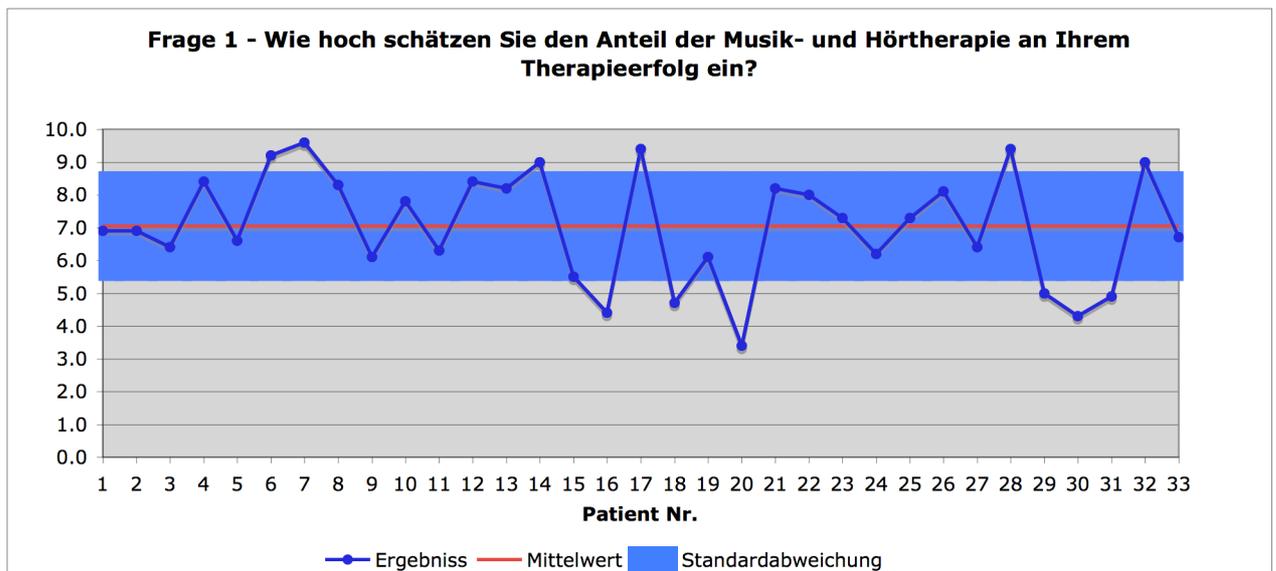


Abb. 8: Diagramm zu Frage 1

Frage 2: Was hat sich durch die Musik- und Hörtherapie verändert?

(nichts – sehr viel)

Alle 33 Patienten geben an, dass sie durch die Musik- und Hörtherapie eine Veränderung bemerken (Abb. 9). Auffällig ist die deutliche Abweichung des Wertes von Patient Nr. 9 in den unteren Bereich bei 1.9. Sie könnte mit der stark ambivalenten Grundhaltung des Patienten zu erklären sein. Trotz positiver Erfahrungen sowohl in der Therapie als auch im heimischen Umfeld äusserte er wiederholt Zweifel, mit dem Tinnitus im Alltag auch allein

zurechtkommen zu können. Zudem schien es ihm generell sehr schwer zu fallen, Entscheidungen zu treffen. Der Patient geriet dann in Unruhe, begann das eigene Handeln immer wieder neu zu hinterfragen, ohne dadurch zu einem für ihn befriedigenden Ergebnis zu gelangen. Auch von ihm gesuchte Bestätigung von aussen konnte ihm nur bedingt Sicherheit vermitteln.

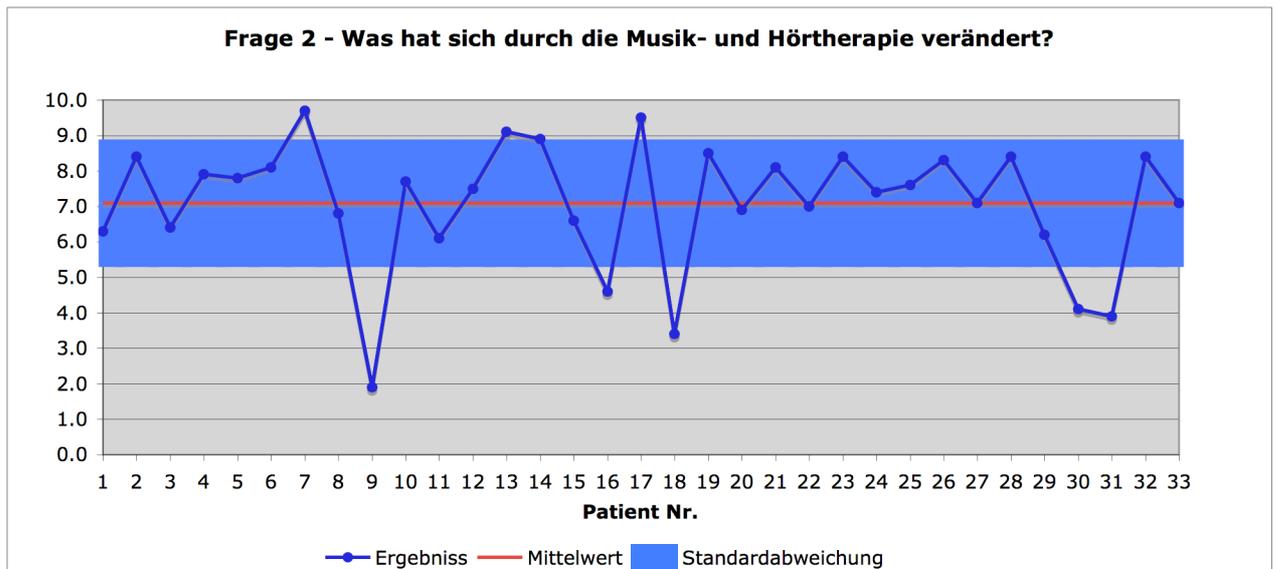


Abb. 9: Diagramm zu Frage 2

Frage 3 – Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihre Hör- und Sinneswahrnehmung ein?

(verschlechtert – sehr bewusst und feinfühlig)

Den angegebenen Werten entsprechend scheint die Mehrzahl der Patienten ihre Hör- und Sinneswahrnehmung nach der MHT bewusster und feinfühlicher zu empfinden (Abb. 10).

Lediglich die Patientin Nr. 30 weicht mit einem Wert von 4.1 deutlich nach unten ab. Zu erklären ist diese Angabe mit einer seit Geburt zunehmenden Schallempfindungsschwerhörigkeit, seit 2008 mit einer Gehörlosigkeit rechts nach einem Hörsturz. Ein seit längerem bestehender Tinnitus wird von der Patientin trotz der Ertaubung auch auf dem rechten Ohr als sehr störend empfunden. Hinzu kommt eine sehr schwergradige Geräuschüberempfindlichkeit, die das Hören der Patientin zusätzlich beeinträchtigt.

Seitens des HNO-Arztes wurde zur Hörverbesserung ein Cochlea Implant erwogen. Für diesbezügliche Abklärungen verliess die Patientin die Klinik bereits nach 3 Wochen Behandlung.

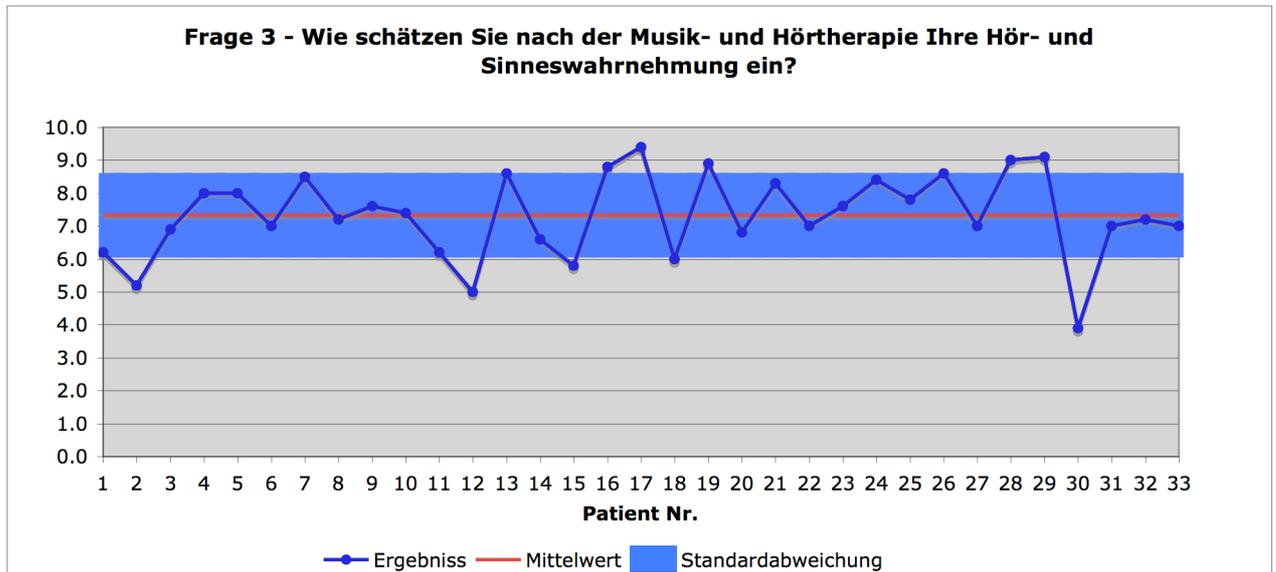


Abb. 10: Diagramm zu Frage 3

Frage 4 – Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihr Hörvermögen ein?

(verschlechtert – viel besser)

Der überwiegende Teil der Patienten bemerkt nach der MHT keine Veränderung beziehungsweise eine leichte Verbesserung des Hörvermögens (Abb. 11).

Deutliche Abweichungen finden sich bei den Patienten Nr. 7, 13 und 14 im oberen, bei den Patienten Nr. 30 und 31 im unteren Bereich. Die bereits unter Frage 3 erwähnte Hörsituation der Patientin Nr. 30 dürfte den niedrigen Wert hinreichend erklären. Auch wenn der Patient Nr. 31 im Fragebogen tendenziell tiefere Werte angibt, überrascht die Einschätzung seines Hörvermögens mit 2.9 dennoch, da sie aufgrund der Fragestellung bei einem jungen, organisch hörgesunden Menschen eine Hörverschlechterung implizieren würde. Vielmehr fühlte sich der Patient während seines Klinikaufenthaltes durch die Beziehung zu einer Mitpatientin belastet, in welcher seine Gefühle nicht entsprechend erwidert wurden.

Der Patient wirkte in dieser Zeit unruhig und unterschwellig aggressiv. Er sei verletzt, es gehe ihm schlecht, alles sei zu viel. Es bedurfte intensiver Anstrengung, den Patienten unter diesen Umständen für die Therapie zu motivieren. Wenn es ihm jedoch gelang, sich auf Übungen in diesem Rahmen einzulassen, waren damit durchaus positive Erfahrungen verbunden, die nicht nur eine verminderte Tinnituswahrnehmung beinhalteten, sondern auch dazu beitragen konnten, zumindest für den Augenblick ein Stück innere Ruhe zurückzuerlangen. Der Patient bemerkte dazu selbst, dass es besser sei, wenigstens einen Versuch zu wagen, statt sich einem Problem von vornherein zu ergeben.

Die sehr hohen Werte wurden zum Teil von Patienten angegeben, die nach anfänglicher Skepsis gegenüber der Therapie, möglicherweise auch gegenüber der Therapeutin ziemlich rasch eine Verbesserung ihres Befindens bemerkten. Der Patient Nr. 14 brachte seine Verwunderung darüber zum Ausdruck, zu Beginn so skeptisch gewesen zu sein (Fallbeispiel Herr G.)

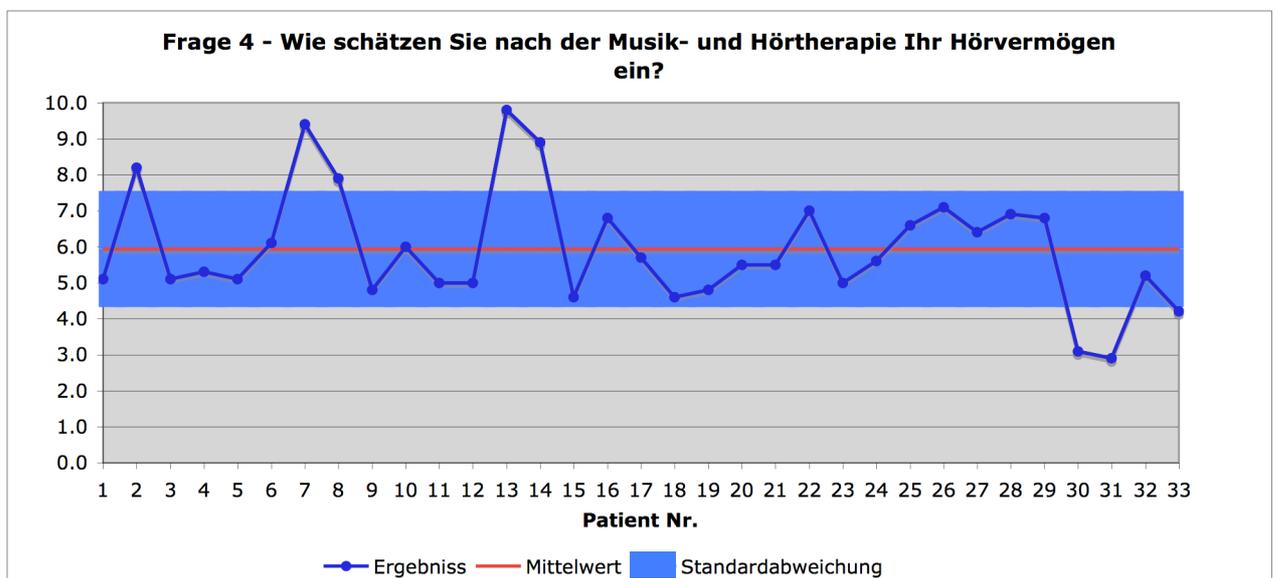


Abb. 11: Diagramm zu Frage 4

Frage 5: Wie schätzen Sie nach der Musik- und Hörtherapie Ihre Motivation/ Freude zum Hören ganz allgemein ein?

(gering – sehr gross)

Die überwiegende Zahl der Patienten zeigt nach der MHT eine hohe Bereitschaft, sich dem Hören zuzuwenden (Abb. 12). Gründe für die deutlich abweichenden Werte der Patienten Nr. 30 und 31 in den unteren Bereich wurden bereits unter Frage 3 und 4 diskutiert. Auch die Patientin Nr. 11 gibt mit 4.6 einen durchschnittlich tieferen Wert an. Zu beachten ist hier, dass sie bei Eintritt in die Klinik unter einer sehr schwergradigen Hyperakusis mit extrem ausgeprägtem Rückzugsverhalten litt. Im Verlauf der Therapie gelang es ihr, sich schrittweise alltäglichen Hörsituationen anzunähern. Unter diesem Gesichtspunkt ist die von ihr getroffene Einschätzung ihrer Hörmotivation durchaus als Verbesserung zu werten.

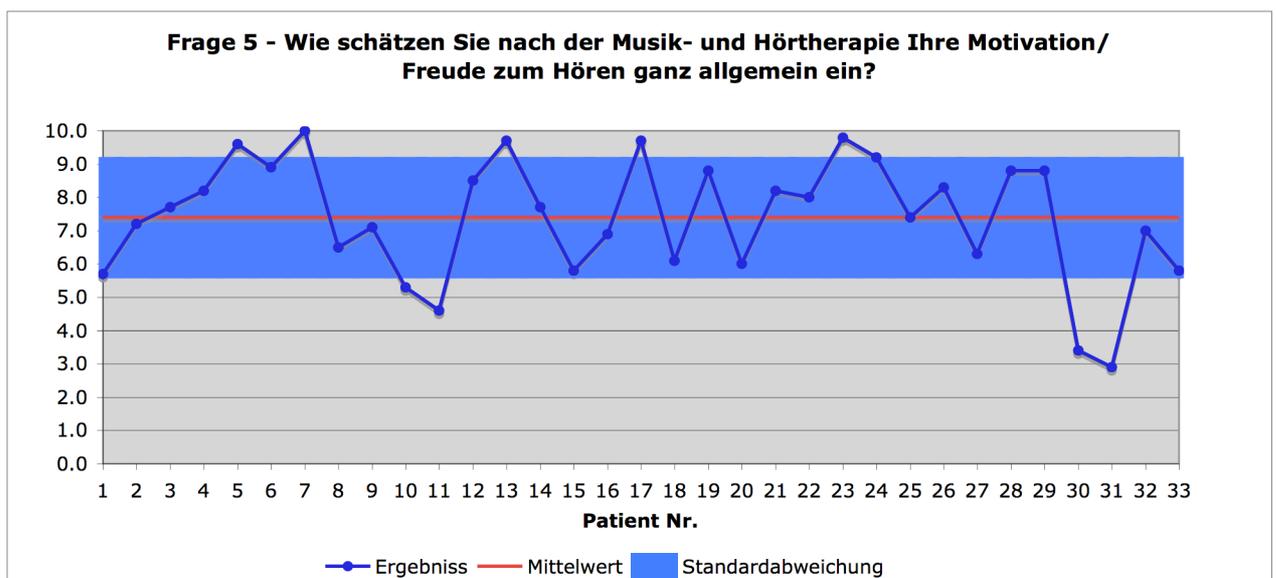


Abb. 12: Diagramm zu Frage 5

Frage 6: Was hören Sie angeregt durch die Musik- und Hörtherapie heute bewusster und mit mehr Freude?

30 Patienten geben an, dass sie nach der Musik- und Hörtherapie Musik bewusster und mit mehr Freude hören (Tab. 27). Eine Patientin zeigt sich überrascht, dass sie klassische Musik in Radio und Fernsehen heute bewusst wahrnehme und geniessen könne. Auch Geräusche der Umgebung, hier

vor allem Naturgeräusche, werden von 27 Patienten bewusster aufgenommen.

2 Patienten weisen darauf hin, dass sie störende Höreindrücke besser ignorieren beziehungsweise aushalten können. Die Patientin Nr. 11 berichtet, dass sie gezielter zu hören versuche und nicht mehr alles gleichzeitig auf sich einströmen lasse. Sie setze sich ihre Ziele heute realistischer und passe ihre Erwartungen den Möglichkeiten an. Eine andere Patientin sagt, dass sie viel intensiver hinhöre und dadurch mehr Feinheiten wahrnehme.

Tabelle 27: Was hören Patienten angeregt durch die MHT bewusster und mit mehr Freude? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
90,90 % (30 Patienten)	- Musik
81,81 % (27 Patienten)	- Umgebungsgeräusche
6,06 % (2 Patienten)	- Naturgeräusche
3,03 % (1 Patient)	- Vogelgesang
3,03 % (1 Patient)	- Interesse an klassischer Musik geweckt
3,03 % (1 Patient)	- eigene Verrichtungen
3,03 % (1 Patient)	- Stimmen anderer
3,03 % (1 Patient)	- Tiere
3,03 % (1 Patient)	- kann unangenehme Geräusche besser ertragen

Frage 7: Wie schätzen Sie Ihr Entspannungsvermögen ein?

(schlechter – sehr verbessert)

Die Auswertung der Patientenangaben zum Entspannungsvermögen ergibt einen Mittelwert von 6.9. Insgesamt 25 Patienten schätzen ihr Entspannungsvermögen nach der MHT tendenziell als verbessert ein. 10 von ihnen bewegen sich mit ihrer Einschätzung im Bereich einer leichten Verbesserung. 16 Patienten geben eine deutlich positive Veränderung ihres Entspannungsvermögens an.

Die Werte von 7 Patienten befinden sich im unteren bis mittleren Bereich, was keiner Veränderung, beziehungsweise einer Verminderung des Entspannungsvermögens entsprechen dürfte.

Bei Betrachtung der einzelnen Werte (Abb. 13) fällt auf, dass sie zum Teil stark voneinander abweichen. Der niedrigste Wert beträgt 2.9, der höchste 10.0.

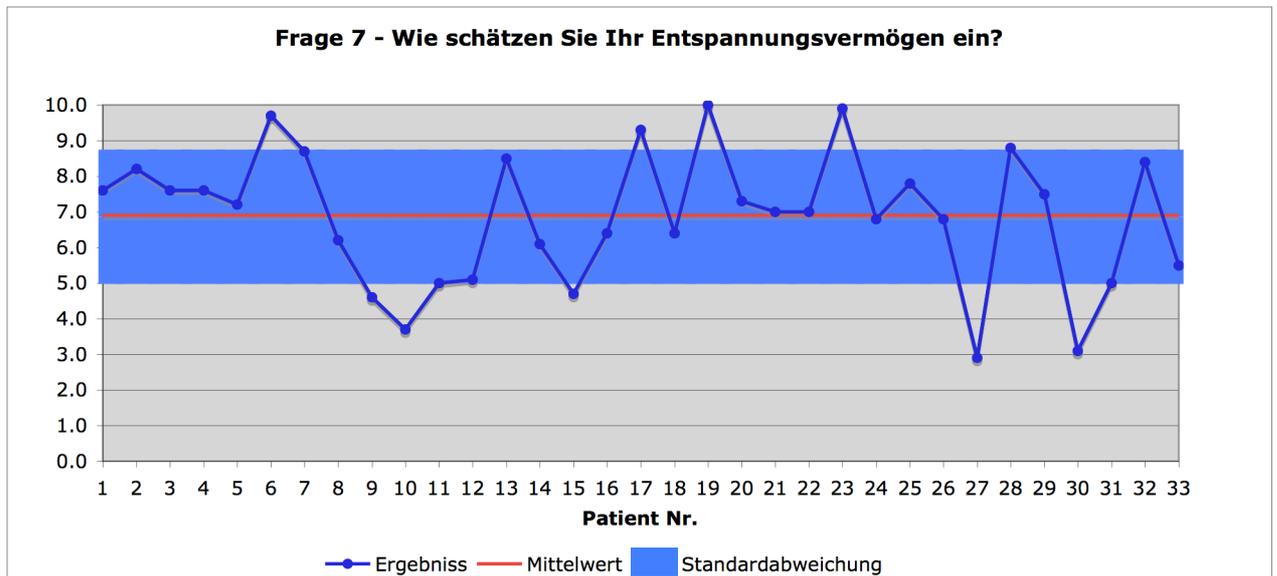


Abb. 13: Diagramm zu Frage 7

Frage 8: Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihres Ohrgeräusches ein?

(schlechter – sehr verbessert)

Die Frage nach der Akzeptanz des Ohrgeräusches dürfte bei so manchem Patienten die meisten Emotionen ausgelöst haben. Durchschnittlich wird die Akzeptanz des Ohrgeräusches mit einem Wert von 6.7 benannt (Abb. 14). Bei Betrachtung der einzelnen Angaben gehen die Einschätzungen jedoch zum Teil weit auseinander.

So beantwortet die Patientin Nr. 12 die Frage mit einem Wert von 0.2, die Patienten Nr. 20 und 23 mit einem Wert von 9.8. Anzumerken ist, dass die Patientin Nr. 12, eine ältere Dame in Rente, ihren Aufenthalt in der Klinik nach 3 Wochen vorzeitig beendete. Sie begründete ihre Entscheidung damit, dass sie trotz Medikation in der fremden Umgebung nicht gut schlafen könne und ausserdem wegen ihres schon längere Zeit bestehenden Bluthochdrucks und den damit anstehenden medizinischen Abklärungen unruhig und in Sorge sei. Hierbei äusserte sie Interesse an einer ambulanten Weiterbehandlung, zu der es aus Kostengründen jedoch nicht

kam. Auffällig ist, dass in Schilderungen ihres Erlebens und Befindens eine gewisse Widersprüchlichkeit herrschte, was im Übrigen vereinzelt auch bei anderen Patienten zu beobachten war. So wurden einerseits positive Erfahrungen geschildert, andererseits schien es, als ob sich - kam die Sprache auf den Tinnitus - dieser als unverrückbare Grösse im Denken und Wahrnehmen der Patienten festgesetzt hatte und eben diese hilfreichen Erfahrungen wieder relativierte.

Wahrnehmungsmuster zu verändern braucht Zeit. Frage 8 zielt auf die Akzeptanz des Ohrgeräusches. Akzeptieren leitet sich ab vom lateinischen „accipere“, was gutheissen, annehmen, billigen bedeutet und erfordert die aktive, geistige Auseinandersetzung mit dem Objekt, auf welches sich die Akzeptanz richten soll. Ausgehend von dieser Definition bedeutet mit einem Tinnitus umgehen zu können nicht, ihn automatisch auch akzeptiert zu haben. Es kann sich ebenso um ein Ertragen, ein Erdulden handeln. So betrachtet ist Frage 8 nicht allein Rahmenfragen, sondern führt unweigerlich zum Prozess des Handelns, der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Tinnitus im anstehenden Alltag.

Dass hier Patienten eher zurückhaltend antworten, scheint durchaus verständlich. Selbst bei ausserordentlich positiven Veränderungen kann Sorge mitschwingen. Was kommt künftig? Werde ich den aktuellen Stand halten können oder wird es wieder Verschlechterungen geben? Wie werde ich in der Lage sein, damit umzugehen?

Die Patienten Nr. 20 und 23 verfügten bereits bei Eintritt in die Klinik über längerfristige Erfahrungen mit ihren Ohrgeräuschen. Beide gaben an, dass der Tinnitus nicht ihr vordergründiges Problem sei. Der Patient Nr. 20 litt, wie bereits erwähnt, vor allem unter Schwindelanfällen, die Patientin Nr. 23 an einer Hyperakusis in Verbindung mit Panikattacken.

Insgesamt scheint die Mehrheit der Patienten ihr Ohrgeräusch zunehmend zu akzeptieren. 20 Patienten bewegen sich mit ihren Angaben oberhalb des Mittelwertes von 6.7.

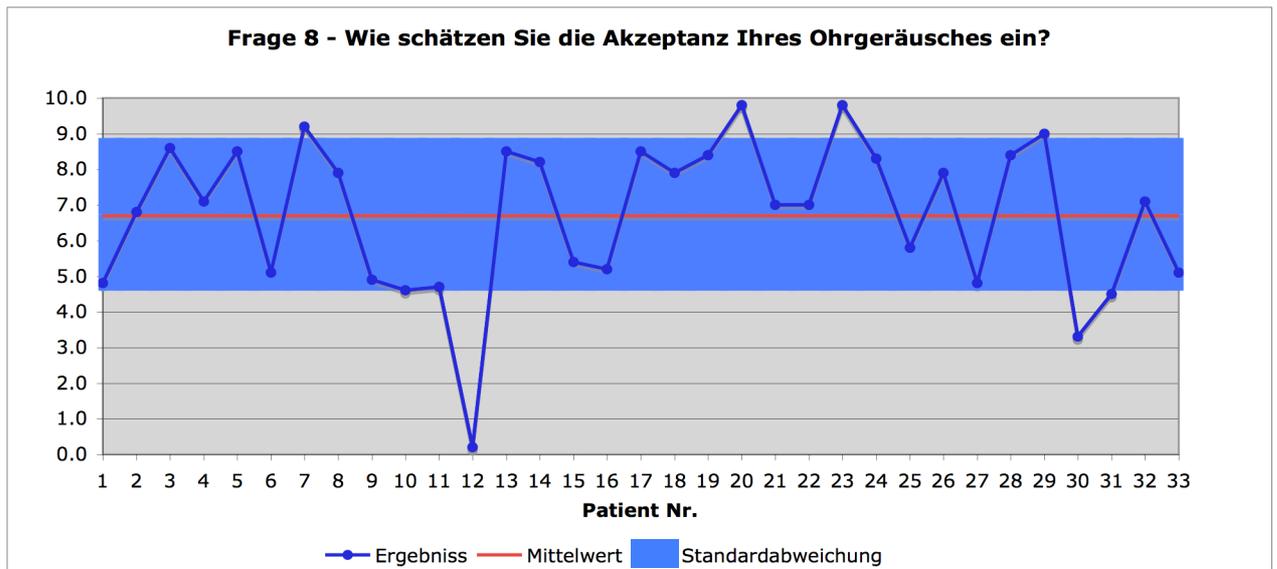


Abb. 14: Diagramm zu Frage 8

Frage 9: Welche Veränderungen bemerken Sie in Ihrem Umgang mit Musik?

25 Patienten (75,75 %) sagen nach der MHT, dass sie Musik aufmerksamer hören und zugleich die Auswahl dessen, was sie hören, bewusster treffen (Tab. 28). 16 Patienten (48,48 %) achten zudem vermehrt auf die Lautstärke, 12 Patienten auch auf die Dauer des Musikhörens. So bemerkt ein Patient, dass Musik für ihn eine Wandlung vollzogen habe, aus Hintergrundberieselung wieder Musik im besten Sinn des Wortes geworden sei.

6 Patienten (18,18 %) finden wieder mehr Freude am Hören von Musik. 2 von ihnen mieden vor der MHT Musik fast vollständig.

Ebenfalls 6 Patienten sind neugierig geworden, neben Bekanntem nun auch Neues zu entdecken, sich mit neuen, für sie bisher weniger vertrauten Musikrichtungen zu beschäftigen. 4 von ihnen wollen sich dabei vermehrt klassischer Musik widmen.

Tabelle 28: Welche Veränderungen bemerken die Patienten in ihrem Umgang mit Musik? (n=33, Mehrfachnennungen möglich)	
75,75 % (25 Patienten)	- Ich höre Musik aufmerksamer.
75,75 % (25 Patienten)	- Ich achte mehr darauf was ich höre.
48,48 % (16 Patienten)	- Ich achte mehr darauf wie laut ich höre.
36,36 % (12 Patienten)	- Ich achte mehr darauf wie lange ich höre.
18,18 % (6 Patienten)	- Ich höre wieder gern Musik.
18,18 % (6 Patienten)	- Ich möchte neue Musik für mich entdecken.
12,12 % (4 Patienten)	- Mein Interesse an klassischer Musik wurde geweckt.
3,03 % (1 Patient)	- Ich bin weniger empfindlich, habe wieder Lust zu hören.
3,03 % (1 Patient)	- Musik hat eine andere Funktion für mich gewonnen, wurde von Hintergrundberieselung wieder zu Musik.
3,03 % (1 Patient)	- Habe erfahren, dass Musikhören (und Hören allgemein) mich beruhigen kann.

Frage 10: Wie schätzen Sie Ihren künftigen Umgang mit „Hörevents“ (Konzerte, Theater, Kino u.ä.) und eigenen musikalischen Aktivitäten ein?

(verstärkte Vermeidung – durchaus neugieriger – Vorfreude)

Auch die Frage nach künftigen musikalischen Aktivitäten wird von den Patienten vereinzelt sehr unterschiedlich beantwortet. Der Mittelwert von 5.9 ist hier im Vergleich zu den anderen Fragen am niedrigsten (Abb. 15).

Die grösste Abweichung findet sich beim Patienten Nr. 16, der in der Analogskala einen Wert von 0.0 angibt, jedoch unter der Ergänzungsfrage nach der Art möglicher Aktivitäten eine Einschränkung vornimmt, indem er anmerkt, dass ein Konzert mit Walzern von Johann Strauss vielleicht in Frage käme. Dennoch falle es ihm schwer, sich einen Konzertbesuch vorzustellen, da er nicht wisse, was auf ihn zukäme.

Auch bei den Patientinnen Nr. 1, Nr. 30 und Nr. 32 liegen die Werte auf der Analogskala sehr tief. Doch auch sie benennen Vorhaben, denen künftig ihr Interesse gelten werde. So sagt die Patientin Nr. 1, dass sie sich zunächst den Klassik-CD`s ihrer Mutter widmen wolle, auf die sie sehr gespannt sei.

Die Patientin Nr. 30 bemerkt, dass sie laute Popkonzerte meide, sich aber auf Kammermusikkonzerte freue.

Die Patientin Nr. 32 geht davon aus, dass es auf längere Sicht möglich sein werde, an kulturellen Anlässen verschiedenster Art teilzunehmen und sie sich darauf freue.

Sehr hoch scheinen Interesse und Vorfreude auf „Hörevents“ bei den Patienten Nr. 7, Nr. 9, Nr. 17, Nr. 26 und Nr. 28 zu sein.

Die Patientin Nr. 26 markiert einen Wert von 9.7 auf der Analogskala und fügt hinzu, dass sie sich sehr auf ihr neues Klavier freue. Endlich werde sie sich ihren lang gehegten Traum erfüllen und Klavier spielen.

Als ehemaliges Bandmitglied ist sich der Patient Nr. 9 nach der MHT ganz sicher, dass er wieder mehr Musik machen werde, während der Patient Nr. 17 den Schwerpunkt vor allem auf das Sammeln neuer Erfahrungen legt. Er wolle mehr über die Musik selbst und ihre Interpreten erfahren. Der Patient Nr. 28 freut sich als Vater besonders auf die Musikschulkonzerte seiner Kinder.

Vor allem unter den Patienten, die auf der Analogskala einen mittleren Wert angeben, wird wiederholt darauf hingewiesen, dass es nun herauszufinden gelte, was man dem Gehör zutrauen könne. Zugleich sei es wichtig, die neue Wahrnehmung weiter zu schulen.

Die hierfür von den Patienten gefassten Vorhaben reichen vom Musikhören, dem Besuch von Konzert, Kino und Theater über Tanzunterricht bis hin zum aktiven Musizieren. Eine Patientin freut sich auf den Klangweg im Prätigau, ein anderer Patient auf eine Reise nach Wien, wo er mit seiner Freundin in die Oper gehen wolle, um Mozart's „Die Zauberflöte“ zu sehen. Er war in der MHT mit Mozart in Berührung gekommen und hatte die Oper auf CD gehört.

Interessant ist, dass alle Patienten - wenn auch vereinzelt mit mehr oder weniger grossen Einschränkungen - Interesse an Musik und Kultur bekunden. Mancher bevorzugt hierbei den häuslichen Rahmen, ein Grossteil kann sich die Teilnahme am öffentlichen kulturellen Leben wieder vorstellen und benennt zum Teil schon sehr konkrete Vorhaben. Natürlich gibt es auch Patienten, die bereits vor dem Klinikaufenthalt Freude an Konzert, Theater, Kino und ähnlichem hatten.

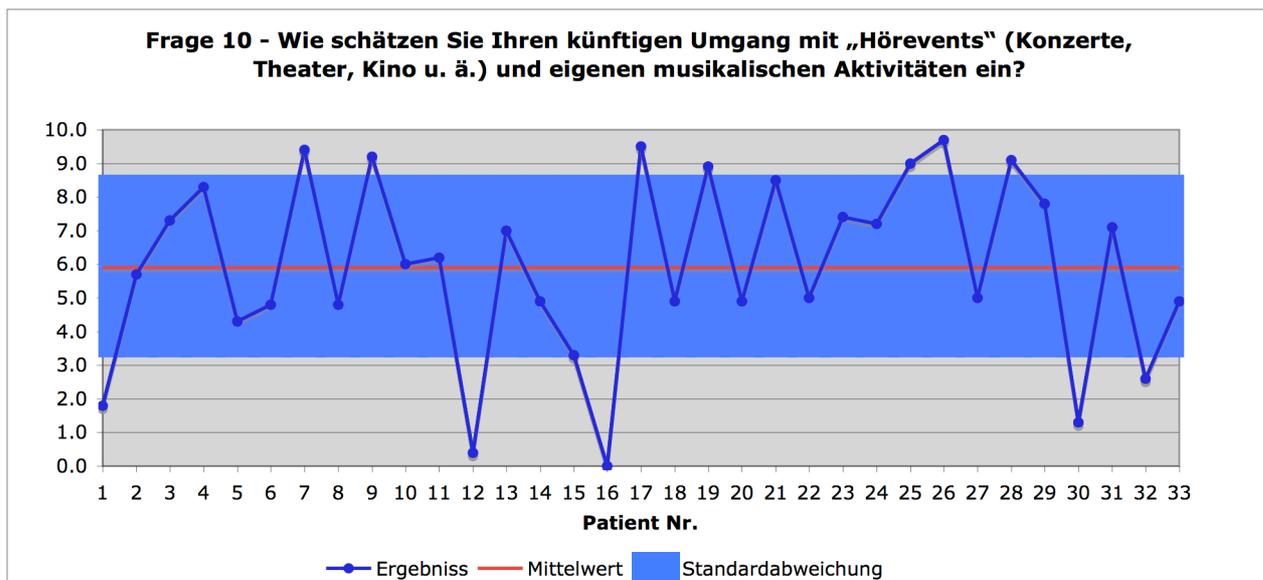


Abb. 15: Diagramm zu Frage 10

Frage 11: Wofür werden Ihnen die in der Musik- und Hörtherapie durchgeführten Übungen im Alltag helfen können?

An erster Stelle benennen die Patienten die Fähigkeit zu entspannen, dicht gefolgt vom Umgang mit den Ohrgeräuschen (Tab. 29). An dritter Stelle steht der Umgang mit störenden Umgebungsgeräuschen.

93,93 % (31 Patienten)	- zur Entspannung
81,81 % (27 Patienten)	- Umgang mit Ohrgeräuschen erleichtern
48,48 % (16 Patienten)	- Umgang mit störenden Umgebungsgeräuschen erleichtern
6,06 % (2 Patienten)	- Wohlbefinden steigern
6,06 % (2 Patienten)	- Einschlafen erleichtern
3,03 % (1 Patient)	- Verbesserung der Lebensqualität

Zum Teil differenzieren Patienten ihre allgemein gefassten Aussagen und schildern ihre Vorhaben für den Alltag. Einige Patienten benennen beispielsweise, welche Musik sie wie hören möchten. Hierzu berichtet eine Patientin, dass sie vermehrt einen Kopfhörer verwenden werde. Ein anderer

Patient plant die Anschaffung eines Plattenspielers, um alte Mozartarien wieder hören zu können (Tab. 30) und die Patientin Nr. 11, die zu Beginn der Therapie an einer sehr schweren Hyperakusis litt, möchte wieder tanzen gehen.

(6 Patienten)	- werde neue Musik für mich entdecken
(5 Patienten)	- werde mit Musik entspannen
(3 Patienten)	- werde PMR mit anschliessender Musik weiter üben
(2 Patienten)	- werde Hörspaziergänge unternehmen
(2 Patienten)	- werde wieder mehr Musik hören
(2 Patienten)	- werde mich mehr über die Ohren orientieren
(1 Patient)	- werde Klarinettenkonzert von Mozart hören
(1 Patient)	- werde „Für Alina“ von Arvo Pärt zum Einschlafen hören
(1 Patient)	- werde Geräusche des Alltags positiv einbeziehen
(1 Patient)	- werde Musik frei im Raum hören
(1 Patient)	- werde wieder etwas unternehmen
(1 Patient)	- werde wieder tanzen gehen (Line Dance)
(1 Patient)	- werde mir Plattenspieler kaufen, um alte Platten zu hören (Mozartarien)
(1 Patient)	- werde wieder bewusst Musik über Kopfhörer hören
(1 Patient)	- werde künftig während der Arbeit Pausen einlegen (auch um zu hören)
(1 Patient)	- werde klassisches Konzert im KKL Luzern besuchen
(1 Patient)	- singe wieder
(1 Patient)	- werde meine Freizeit besser strukturieren
(1 Patient)	- werde Dinge generell besser und intensiver wahrnehmen
(1 Patient)	- werde Naturgeräusche mehr beachten
(1 Patient)	- werde mit Musik meine Batterien aufladen

12. Patientenbefragung mit Hilfe standardisierter Verfahren – Untersuchungsergebnisse

Neben der Untersuchung behandlungsspezifischer Veränderungen im Bereich der Musik- und Hörtherapie wurden die Patienten bei Ein- und Austritt zugleich mittels standardisierter Verfahren zu ihrem Befinden befragt. Auch hier sind bei einem Grossteil von ihnen deutliche Veränderungen feststellbar.

12.1. Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller (TF)

Von den 33 untersuchten Patienten zeigen 7 Patienten bei Klinikeintritt eine leichtgradige Betroffenheit (Abb. 16). 11 Patienten sind mittelgradig durch ihren Tinnitus belastet, 7 Patienten schwer und weitere 8 Patienten sehr schwer.

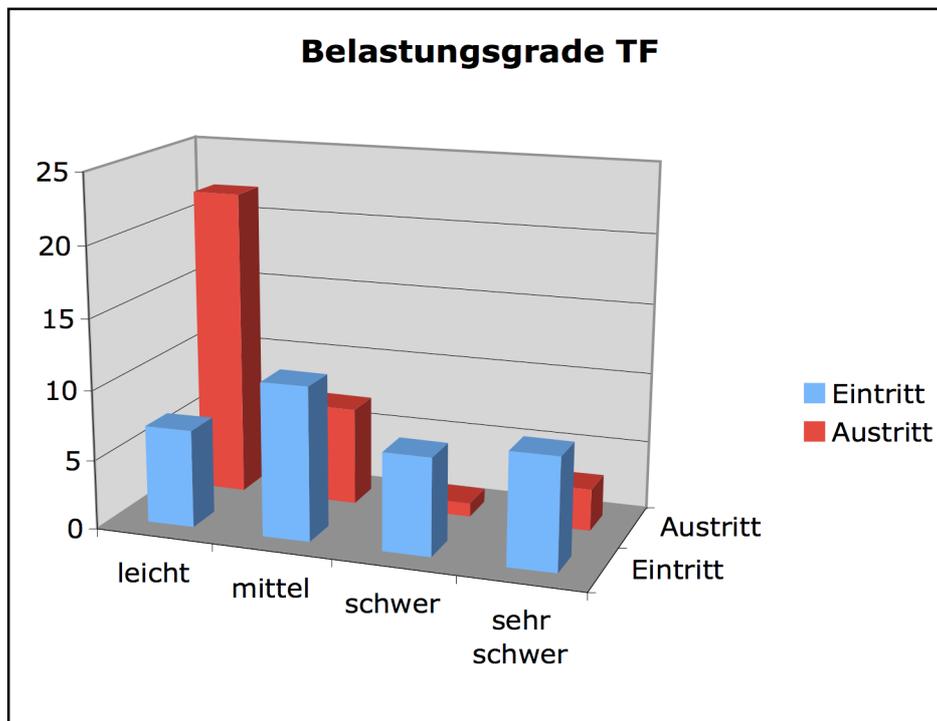


Abb.16: Diagramm zur Schwere der Belastung durch Tinnitus bei Ein- und Austritt

Ersichtlich wird in Abb. 16, dass bei Ende der Behandlung die Gruppe mit leichtgradiger Tinnitusbelastung deutlich zugenommen hat. Sie steigt auf 22 Patienten. Hingegen nimmt die Zahl der Patienten mit mittel-, schwer- und sehr schwergradiger Betroffenheit sichtbar ab.

Um herauszufinden, welche der beobachteten Veränderungen tatsächlich von Bedeutung sind, wurde eine Veränderung von 20 % als signifikant festgelegt. Tab. 31 zeigt die Ergebnisse.

22 Patienten zeigen eine signifikante Verbesserung. 1 Patient verschlechtert sich signifikant, wobei jedoch anzumerken ist, dass er sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt eine Punktzahl im leichtgradigen Bereich angibt, die von 7 auf 12 Punkte steigt. Die restlichen 10 Patienten zeigen keine signifikanten Veränderungen.

Tab. 31: Untersuchungsergebnisse TF

Patient Nr.	TF-Eintritt		TF-Austritt		Grad der Veränderung
	Score	%	Score	%	%
1	30	100	34	133.33	13.33
2	50		29	58.00	42.00
3	59		9	15.25	84.75
4	52		20	38.46	61.54
5	32		10	31.25	68.75
6	74		76	102.70	2.70
7	51		8	15.68	84.32
8	61		21	34.42	65.58
9	39		20	51.28	48.72
10	29		33	113.79	13.79
11	68		45	66.17	33.83
12	63		63	100.00	0.00
13	42		23	54.76	45.24
14	36		22	61.11	38.89
15	61		59	96.72	3.28
16	44		36	81.81	18.19
17	27		22	81.48	18.52
18	46		22	47.82	52.18
19	54		22	40.74	59.26
20	7		12	171.42	71.42
21	21		11	52.38	47.62
22	19		11	57.89	42.11
23	61		27	44.26	55.74
24	38		2	5.26	94.74
25	54		27	50.00	50.00
26	54		35	64.81	35.19
27	32		11	34.37	65.63
28	28		6	21.42	78.58
29	33		13	39.39	60.61
30	68		71	104.41	4.41
31	45		41	91.11	8.89
32	41		44	107.31	7.31
33	63		29	46.03	53.97
deutliche Verbesserung – signifikant					22 Patienten
leichte Verbesserung – nicht signifikant					4 Patienten
deutliche Verschlechterung – signifikant					1 Patient
leichte Verschlechterung – nicht signifikant					5 Patienten
keine Veränderung					1 Patient

12.2. Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen nach Nelting (GÜF)

Auch bei der Bestimmung der Geräuschüberempfindlichkeit ist tendenziell eine Verbesserung feststellbar. Die Zahl der Patienten mit einer leichtgradigen Überempfindlichkeit steigt zum Ende der Behandlung von 10 auf 18 Patienten an, während sie im Bereich mittlerer, schwerer und sehr schwerer Belastung abnimmt (Abb. 17).

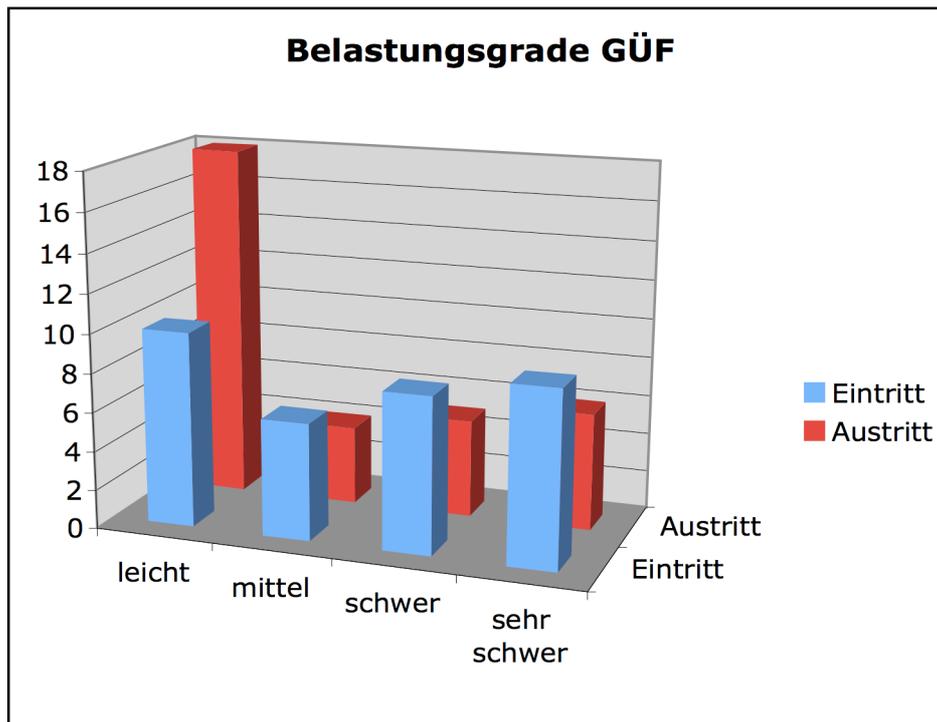


Abb. 17: Diagramm zur Schwere der Belastung durch Hyperakusis bei Eintritt und Austritt

Auch beim GÜF wird eine Veränderung des Scores von 20 % als signifikant definiert. Davon ausgehend nimmt bei 22 Patienten die Geräuschüberempfindlichkeit signifikant ab (Tab. 32). 3 Patienten weisen hingegen eine signifikante Verschlechterung auf. Unter ihnen befindet sich eine Patientin, die im Vier-Augen-Gespräch bemerkt, dass es ihr deutlich besser gehe, sie jedoch aufgrund eines laufenden Rentenbegehrens diese Verbesserung im Fragebogen nicht angeben könne. Bei einer weiteren Patientin steigt der Belastungsgrad von 11 auf 16 Punkte und bewegt sich damit im mittelgradigen Bereich. Denkbar wäre hier, dass aufgrund einer

erhöhten Achtsamkeit im Hören auch die Sensibilisierung für Aussengeräusche vorübergehend zugenommen hat.

Der Patient Nr. 31 zeigt eine sehr ausgeprägte Zunahme der Überempfindlichkeit auf Aussengeräusche, die sich jedoch in seinem Hörverhalten nicht erkennbar widerspiegelt. Es ist anzunehmen, dass seine bereits erwähnte psychische Verfassung (Auswertung Fragebogen MHT) im Spannungsfeld von Zuneigung und Ablehnung durch eine Mitpatientin, die Bewertung seines Hörerlebens stark negativ beeinflusste.

Tabelle 32: Untersuchungsergebnisse GÜF

Patient Nr.	GÜF-Eintritt		GÜF-Austritt		Grad der Veränderung
	Score	%	Score	%	%
1	37	100	35	94.59	5.41
2	17		9	52.94	47.06
3	24		10	41.66	58.34
4	26		12	46.15	53.85
5	10		6	60.00	40.00
6	39		37	94.87	5.13
7	39		8	20.51	79.49
8	10		4	40.00	60.00
9	4		1	25.00	75.00
10	9		8	88.88	11.12
11	34		24	70.58	29.42
12	31		38	102.70	2.70
13	19		10	52.63	47.37
14	12		8	66.66	33.34
15	36		32	88.88	11.12
16	20		13	65.00	35.00
17	18		19	105.55	5.55
18	12		5	41.66	58.34
19	23		6	26.08	73.92
20	9		9	100.00	0.00
21	6		2	33.33	66.67
22	3		2	66.66	33.34
23	19		8	42.10	57.90
24	7		0	0.00	100.00
25	25		18	72.00	28.00
26	11		16	145.45	45.45
27	15		12	80.00	20.00
28	3		0	0.00	100.00
29	12		5	41.66	58.34
30	35		33	94.28	5.72
31	5		21	420.00	320.00
32	21		32	152.58	52.58
33	31		19	61.29	38.71
deutliche Verbesserung – signifikant					22 Patienten
leichte Verbesserung – nicht signifikant					5 Patienten
deutliche Verschlechterung – signifikant					3 Patienten
leichte Verschlechterung nicht signifikant					2 Patienten
keine Veränderung					1 Patient

12.3. Beckisches Depressionsinventar (BDI)

19 Patienten leiden bei Behandlungsbeginn neben Tinnitus und/oder Hyperakusis zugleich unter einer Depression unterschiedlicher Schwere.

Tab. 33: Untersuchungsergebnisse BDI

Patient Nr.	Punktwert BDI - Eintritt	Punktwert BDI - Austritt
1	4	6
2	5	1
3	22	7
4	11	1
5	21	4
6	19	19
7	21	4
8	34	17
9	12	12
10	17	9
11	16	10
12	24	21
13	14	8
14	14	18
15	49	24
16	16	9
17	9	4
18	10	6
19	14	2
20	8	2
21	5	5
22	0	0
23	21	7
24	8	1
25	11	4
26	20	11
27	7	5
28	6	0
29	13	1
30	16	6
31	10	18
32	11	16
33	33	23
Depression (ab 12 Pkt.)	19 Patienten	9 Patienten

Die Auswertung des BDI ergibt, dass bei Klinikaustritt nur noch 9 von 19 Patienten durch eine Depression betroffen sind. Zudem weisen 3 dieser verbliebenen 9 Patienten mit Depression signifikante Verbesserung auf (Tab. 33).

12.4. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R)

Zur Erfassung der symptomatischen Belastung der Patienten wurde die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis herangezogen. Depression und Angst sind häufige Komorbiditäten bei Tinnitus und Hyperakusis. Da Tinnitus als Ohrerkrankung im ICD-10 als somatische Erkrankung definiert ist, das Mass des Leidens jedoch eine Folge der meist unbewussten eigenen Bewertung darstellt, galt den in Tab. 34 dargestellten Skalen besonderes Augenmerk. Auch die Hyperakusis, nach ICD-10 mit H93.2 klassifiziert, entsteht wie der Tinnitus durch Störungen bei der zentralen Verarbeitung von Schallsignalen in Verbindung mit deren Bewertung.

Mit Hilfe der 12 Items in Skala 1 (SOMA) wurden einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen untersucht. Die 10 Items in Skala 5 (ANGS) beschreiben Symptome, die von einfacher Nervosität bis zu starker Angst reichen und häufig mit Gefühlen der Sorge und Furcht einhergehen. Die Stärke der aktuellen, gesamtpsychischen Belastung wurde mit Hilfe des globalen Kennwertes GSI (Global Severity Index) ermittelt.

Insgesamt 9 Patienten weisen hier bei Behandlungsbeginn einen leicht erhöhten GSI-Wert auf. Deutlich erhöht ist er bei 3 Patienten, stark erhöht bei 1 Patienten und sehr stark erhöht bei 2 Patienten. Bei den restlichen 18 Patienten (54,54 %) liegt der GSI-Wert im Normbereich.

Nach der stationären Behandlung hat die Zahl der Patienten mit erhöhter gesamtpsychischer Belastung deutlich abgenommen. Nur noch 3 Patienten zeigen einen leicht erhöhten GSI-Wert. Bei je 2 Patienten weicht er stark, beziehungsweise sehr stark vom Normbereich ab.

Tab. 34: Untersuchungsergebnisse SCL-90-R

Patient Nr.	T-Werte bei Ein- und Austritt zu folgenden Skalen:					
	SOMA		ANGS		GSI	
	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt
1	43	57	56	59	52	53
2	34	34	50	50	42	35
3	70	58	70	59	66	52
4	45	40	50	37	49	41
5	37	37	59	59	57	57
6	68	64	67	68	72	71
7	54	53	63	57	64	52
8	66	51	79	68	79	63
9	58	41	57	62	54	55
10	59	58	58	57	62	56
11	50	52	60	61	61	61
12	42	45	69	70	64	66
13	51	45	57	48	61	51
14	35	35	52	52	51	58
15	79	55	79	72	79	71
16	55	59	61	52	67	60
17	56	51	58	57	59	58
18	41	48	51	40	49	42
19	49	37	67	48	61	47
20	60	51	71	60	52	48
21	54	50	57	52	51	45
22	34	34	40	47	42	42
23	53	63	62	62	59	56
24	38	34	50	36	47	32
25	50	50	49	38	48	39
26	57	51	45	51	63	56
27	51	51	59	40	49	48
28	54	38	51	38	52	36
29	59	45	69	59	67	50
30	66	61	57	55	59	56
31	63	66	68	77	62	66
32	42	38	55	57	47	53
33	55	56	67	56	61	55

T-Werte zwischen 60 – 64	leicht erhöht
T-Werte zwischen 65 – 69	deutlich erhöht
T-Werte zwischen 70 – 74	stark erhöht
T-Werte zwischen 75 – 80	sehr stark erhöht

Bei Betrachtung der einzelnen Items in den Skalen fällt auf, dass unter SOMA von den Patienten sehr häufig Kopf-, Kreuz- und Muskelschmerzen unterschiedlicher Ausprägung angegeben werden. Auch Ohnmachts- und Schwindelgefühle werden häufiger benannt.

Bezüglich Ängstlichkeit geben viele der Patienten Nervosität, Zittern und das Gefühl innerlich gespannt und aufgeregt zu sein an.

Häufigkeit und Ausprägung von Depressionen bei der hier untersuchten Patientengruppe wurde bereits in Kapitel 12.3. anhand des BDI näher betrachtet. Interessant ist dennoch, dass im SCL-90-R auch von Patienten ohne Depression Energielosigkeit, sowie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme häufiger benannt werden.

13. Zusammenfassung

Die stationäre Therapie von Tinnitus und Hyperakusis in der Klinik Waldhaus in Chur vervollständigt das bisher sehr begrenzte ambulante therapeutische Angebot in der Schweiz. Patienten, die sich bisher auf der Suche nach einer Behandlungsmöglichkeit im stationären Rahmen nach Deutschland begeben mussten, können nun auch in der Schweiz therapiert werden.

Das Klinikkonzept ist vor allem auf Patienten mit einer schwergradigen Betroffenheit ausgerichtet. Vereinzelt werden bei bestehenden psychischen Komorbiditäten auch Patienten mit mittel- bis leichtgradigem Tinnitus beziehungsweise leichtgradiger Hyperakusis, selten auch bei innenohrbedingtem Schwindel aufgenommen.

Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel vier bis sechs Wochen; in Ausnahmefällen ist sie auch kürzer.

Ziel der empirischen Untersuchung ist herauszuarbeiten, welchen Einfluss die musik- und hörtherapeutische Behandlung auf den therapeutischen Verlauf und daraus resultierend auf das Befinden der behandelten Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis nehmen kann.

Hierzu wurden 33 Patienten mittels verschiedener Verfahren untersucht und die zum Therapieverlauf vorhandenen Patientendokumentationen näher betrachtet.

Ausgangsthese der Untersuchung ist die Annahme, dass es durch die MHT möglich ist, auf das Hörbewusstsein und Hörverhalten der Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis im Sinne einer Neuausrichtung auf die Fähigkeit „Hören“ positiven Einfluss zu nehmen, indem diese angeregt werden, sich auf körperlicher und geistiger Ebene intensiv mit ihrer Hör- und Sinneswahrnehmung auseinanderzusetzen.

Gelingt ihnen vermehrt die Ausrichtung auf positiv erlebte Hör- und Sinneseindrücke, kann dadurch die Wahrnehmung des Tinnitus verringert, der Umgang mit störenden Umgebungsgeräuschen erleichtert und zugleich eine Verbesserung des Gesamtbefindens erreicht werden.

Die hierfür angewandten Übungen und Verfahren umfassen neben der

Förderung bewussten Hörens und Wahrnehmens auch das Entspannungsvermögen der Patienten. Stress spielt nachweislich eine entscheidende Rolle bei der Verarbeitung des Tinnitus und ebenso von störenden, äusseren Geräuschen.

Die erlebnis- und übungszentrierte Vorgehensweise in der MHT ist überwiegend rezeptiv, beinhaltet jedoch auch aktive Elemente, zum Teil in dialogischer Form. Wichtige therapeutische Instrumente sind neben Geräuschen, Klängen, Sprache und Musik medizinische Bestandteile wie beispielsweise die Aufklärung über das menschliche Gehör im Kontext von Tinnitus und Hyperakusis.

Die Untersuchung hat ergeben, dass 28 der 33 untersuchten Patienten den Anteil der MHT an ihrem Therapieerfolg bei 50 % und mehr einstufen.

Der tiefste Wert wird mit immerhin 34 % angegeben, was in etwa einem Drittel des Gesamtwertes entspricht. Wenn man berücksichtigt, dass die stationäre Behandlung verschiedene therapeutische Massnahmen umfasst, scheint auch für diesen Patienten die MHT ein wichtiger Behandlungsbaustein gewesen zu sein.

Über die Hälfte der Patienten bewerten ihre Hör- und Sinneswahrnehmung nach der MHT als bewusster und feinfühlicher.

Auch leichte Verbesserungen ihres subjektiven Hörvermögens werden von mehr als der Hälfte der Patienten angegeben, was bedeutet, dass sie den Eindruck haben, nach der MHT besser hören zu können. Vermutlich ist dieses Ergebnis neben hörstrategischen Anregungen vor allem auch auf das zunehmende Interesse, die wachsende Freude am Hören selbst zurückzuführen, und deckt sich mit den Ergebnissen zur Frage nach Motivation und Freude am Hören allgemein. Die Bereitschaft zu hören öffnet Ohren und Sinne. Hier gibt die überwiegende Zahl der Patienten an, deutlich mehr Freude am Hören zu verspüren.

Das Hörrepertoire der Patienten wird grösser, und das nicht allein im Bereich der Musik. Auch Umgebungsgeräusche werden von 81 % der Patienten bewusster und lustvoller wahrgenommen. Die Mehrzahl der Patienten kann sich bisher als unangenehm gewerteten Geräuschen nähern. Dadurch

kann eine bestehende Geräuschüberempfindlichkeit gemindert werden. Unbeschwertes, lustvolles Hören setzt in der Regel eine innerlich gelöste Verfassung des Hörenden voraus, die häufig mit dem Gefühl entspannt zu sein, umschrieben wird. Auch hier bemerken 25 der 33 Patienten tendenziell eine Verbesserung.

Recht konträr wird die Frage nach der Akzeptanz des Ohrgeräusches beantwortet. Einige Patienten geben hier eine sehr hohe Akzeptanz an; eine Patientin markiert sie bei Null. Insgesamt ist den Ergebnissen jedoch zu entnehmen, dass die Mehrheit der Patienten ihren Tinnitus zunehmend akzeptieren kann.

Bei der Eingangsthese zur vorliegenden Untersuchung wurde angenommen, dass sich neben der Einstellung zum Hören - dem hier benannten Hörbewusstsein - auch das Hörverhalten der Patienten beeinflussen lässt. Sehr deutlich wird das, wenn man den Umgang der Patienten mit Musik näher beleuchtet. Gut 75 % der Patienten sagen nach der MHT, dass sie Musik bewusster hören und aufmerksamer darauf achten, was sie für das Hören auswählen. Ein Patient umschreibt diese Veränderungen damit, dass aus Hintergrundberieselung wieder Musik geworden sei. Über 48 % geben an, dass sie vermehrt darauf achten, wie laut sie hören. Ein Drittel der Patienten achtet nach der MHT auch auf die Dauer der Musikeinwirkung und 6 Patienten wenden sich Musik überhaupt erst wieder zu. Auch die Neugier auf Neues konnte bei immerhin 6 Patienten geweckt werden. Vier von ihnen wollen sich gezielt klassischer Musik widmen und auch der Besuch kultureller Veranstaltungen verschiedenster Art wird von vielen Patienten wieder ins Auge gefasst.

Für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt wird den Patienten eine ambulante Psychotherapie empfohlen und wenn möglich auch vermittelt, um den erzielten Therapieerfolg zu stabilisieren und möglicherweise auch zu vergrößern. Langfristig soll der Patient selbst zu einem Experten für sein Wohlbefinden werden, was erfordert, dass er das in der Therapie Erlernte auch in seinem Alltag anwenden kann. Hierzu bezeichnen fast 94 % der Patienten die in der Therapie erlernten Übungen als Hilfe zu entspannen.

Fast 82 % sagen, dass ihnen die Übungen im Umgang mit den Ohrgeräuschen helfen können. Gegen 49 % ziehen aus ihnen Hilfe im Umgang mit störenden Umgebungsgeräuschen. Drei Patienten erwarten ganz allgemein eine Verbesserung ihres Befindens. Zum Teil greifen Patienten auch eigene, schon bereits bestehende Strategien auf und planen deren Umsetzung in ihrem Alltag. Kein einziger Patient gibt an, dass er mit den Übungen keine Hilfe empfangen habe.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die MHT bei der Mehrzahl der Patienten einen sehr förderlichen Einfluss bei der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis haben kann, sie hierdurch lernen, mit ihrem Hören wertschätzender und bewusster umzugehen und darüber zunehmend in die Lage versetzt werden, sich auch mit Tinnitus angenehmen Hör- und Sinnesreizen zuzuwenden und dadurch die negativ empfundene Wahrnehmung desselben zu verringern. Veränderte Hör- und Wahrnehmungsmuster führen zu einem veränderten Hörverhalten. Es wird überlegter und dosierter. Zugleich nimmt die Motivation und Freude am Hören allgemein zu. Hörerfahrungen werden erweitert und das subjektive Hörvermögen wird gefördert.

Hyperakusis-Betroffenen wird es möglich, sich zunächst im Schutz der therapeutischen Begleitung - später auch allein - alltäglichen Hörsituationen anzunähern und damit die Überempfindlichkeit auf Geräusche abzubauen. Entspannungsvermögen und Tinnitusakzeptanz nehmen tendenziell zu. Die Eigenverantwortung und Kompetenz im Umgang mit der persönlichen Befindlichkeit wird gestärkt. Der Leidensdruck der Betroffenen nimmt ab, wodurch sich das Gesamtbefinden der Patienten verbessert.

Auch wenn sich das Augenmerk der hier vorliegenden, empirisch gestützten Studie auf musik- und hörtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten richtet, ist die Einbettung der Therapie in das Gesamtkonzept der Klinik nicht ausser Acht zu lassen. Viele der Patienten weisen neben Tinnitus und Hyperakusis psychische Beeinträchtigungen wie Depression und Angst auf, deren Behandlung mittels medizinischer und

psychotherapeutischer Methoden eine musik- und hörtherapeutische Vorgehensweise unterstützt oder gar erst ermöglicht. So gesehen basieren die beobachteten, mehrheitlich positiven Veränderungen durch die MHT letztlich auch auf diesen Behandlungsanteilen.

Ein weiterer, wesentlicher Aspekt rückt im Verlauf der Untersuchung zunehmend in den Mittelpunkt der Betrachtung. Als Therapeutin aus dem musikmedizinischen Bereich kommend, lag der Blickwinkel der hier vorliegenden Untersuchung zu Beginn auf überwiegend musikmedizinischen Behandlungsansätzen. Bei näherer Betrachtung der in der Arbeit geschilderten therapeutischen Vorgehensweisen und den daraus resultierenden Veränderungen wurde jedoch eine Verlagerung des Schwerpunktes deutlich, der neben musikmedizinischen Methoden vermehrt den Beziehungsraum, die therapeutische Settingstruktur berücksichtigt. Es wird deutlich, dass die Beziehung von Patient und Therapeut als grundlegende Ausgangsbasis für jegliches, therapeutisches Arbeiten fungiert und damit entscheidenden Einfluss auf Gelingen oder Scheitern einer Therapie nimmt.

Unabhängig davon, welche Methoden im Rahmen der Therapie eingesetzt werden, sind diese stets in die Begegnung von Patient und Therapeut eingebettet und werden durch diese beeinflusst. So kann davon ausgegangen werden, dass die MHT der Tinnitusklinik Chur auch in ihrer zum Teil musikmedizinischen Ausrichtung psychotherapeutisch wirkt und eine Form der Musiktherapie darstellt.

14. Literaturverzeichnis

Alvin J (1984). Musiktherapie. Ihre Geschichte und ihre moderne Anwendung in der Heilbehandlung. dtv 4419, München – Kassel – Basel – London

Anderson G, Lyttkens L. A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. Br J Audiol 1999; 33: 201-290

Argstatter H, Krick C, Plinkert P, Bolay HV. Musiktherapie bei chronischem Tinnitus – Das Heidelberger Modell. Tinnitus Forum 2010; 1: 28 – 33

Arnold W, Bartenstein P, Oestreicher E, Römer W, Schwaiger M. Focal metabolic activation in the predominant left auditory cortex in patients suffering from tinnitus: A PET study with [18F]deoxyglucose. J Oto-Rhino-Laryngol 1996; 58: 195 – 199

Asmundson GJ, Kuperos JL, Norton GR. Do patients with chronic pain-related information? Preliminary evidence for the mediating role of fear. Pain 1997; 72/1-2: 27-32

Asplund R. Sleepiness and sleep in elderly persons with tinnitus. Arch Gerontol Geriatr 2003; 37/2: 39-45

Balan G (1986a). Das Musikhören als Schöpfertum. Sankt Peter: Musicosophia

Balan G (1986b). MUSICOSOPHIA oder die in den Tönen verborgene Weisheit. Sankt Peter: Musicosophia

Balan G (1992). Roman einer Idee. Die Geburt der Musicosophia und ihr Werdegang. Sankt Peter: Musicosophia

Balan G (1994). Sehnsucht nach dem Meister. Meine musikalischen Wegbegleiter. Sankt Peter: Musicosophia

Barth K (1982). Wolfgang Amadeus Mozart. Zürich: Theologischer Verlag

Beck AT, Steer RA (1987). Beck Depression Inventory. San Antonio: Psychological Cooperation

Beck AT, Steer RA (1987). Beck Depression Inventory. San Antonio: Psychological Cooperation

Benenzon RO. Die Musiktherapie. In: Pahlen K, Hrsg (1973). Musiktherapie. München

Biesinger E (2007). Tinnitus – Endlich Ruhe im Ohr. Stuttgart: Trias

Birbaumer N, Lutzenberger W, Rau W, Mayer-Kress G, Braun C. Perception of Music and Dimensional Complexity of Brain Activity. *Internal Journal of Bifurcations and Chaos*, 1994; 6(2): 267-278

Chattopadhyay P, Cooke E, Toone B et al. Habituation of physiological responses in anxiety. *Biol Psychiatry* 1980; 15/5: 711-21

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie, 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart: 63-65

Cramer A (2002). Grundlagen und Möglichkeiten der Musik- und Klangtherapie als Behandlungsmassnahme bei Tinnitus. In Piel W (Hrsg.), *Kölner Studien zur Musik in Erziehung und Therapie* (Bd. 7). Köln-Rheinkassel: Dohr

Decker-Voigt HH (2000). *Aus der Seele gespielt*. München: Goldmann

Decker-Voigt HH, Spintge R. Definitionen. *Musik und Gesundsein* 2001; 1: 8

Decker-Voigt HH (2004). Zur Methodik der Musiktherapeutischen (MTE). In: Frohne-Hagemann I. Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert 2004: 289-305

Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke O (2002a). Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Göttingen: Hogrefe

Delb W, D'Amelio R, Boisten CJM et al. Kombinierte Anwendung von Tinnitus-Retrainingtherapie (TRT) und Gruppenverhaltenstherapie. HNO 2002b; 50: 997-1004

Derogatis LR (2002). Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz

Eggermont JJ: On the pathophysiology of tinnitus: a review and a peripheral model. Hearing Res 1990; 48: 111 – 124

Eipp C (2008). Psychosoziale Aspekte bei Haut- und Tinnituspatienten. Dissertationsschrift, Universität Giessen

Feige B (1999). Oscillatory brain activity and it's analysis on the basis of MEG and EEG. Wachsmann, Münster, New York

Feldmann H. (1998). Tinnitus. Grundlagen einer rationalen Diagnostik und Therapie. Stuttgart, New York: Thieme

Folmer RL, Griest SE. Effects of insomnia on tinnitus severity: a follow-up study. In: Hazell J, ed. Proc. 6th intern. Tinnitus Seminar. Cambridge: The Tinnitus and Hyperakusis Center; 1999: 271-276

Folmer RL, Griest SE. Tinnitus and insomnia. Am J Otolaryngol 2000, 21/5: 287-93

Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances disorders. Jour of Am Medical Ass 1989; 262/11: 1479-1484

Franke GH (2002). SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH

Frohne-Hagemann I (2004). Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert
Gao E, Suga N: Experience-dependent corticofugal adjustment of midbrain frequency map in bat auditory system. Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95: 12663–12670

Gefken R, Kurth H. Psychiatric problems due to tinnitus: results of a survey of patients with chronic tinnitus. In Goebel G, ed. Psychosomatic Aspects of Complex Chronic Tinnitus. London: Quintessence publishing Co Surrey; 1998: 51-62

Gembris H (1985). Musikhören und Entspannung. Theoretische und experimentelle Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen situativen Bedingungen und Effekten des Musikhörens. In: De la Motte-Haber H (Hrsg.). Beiträge zur Systematischen Musikwissenschaft. Hamburg

Gerken GM: Central tinnitus and lateral inhibition: An auditory brainstem model. Hearing Res 1996; 97: 75–83

Giraud AL, Chéry-Croze S, Fischer G, Fischer C, Vighetto A, Grégoire MC, Lavenne F, Collet L: A selective imaging of tinnitus. NeuroReport 1999; 10: 1–5

Goebel G, Hiller W (1998). Tinnitus-Fragebogen (TF) - Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus (Manual). Göttingen: Hogrefe

Goebel G, von Wedel H. Tinnitus Retraining-Therapie. In: Goebel G, Hrsg. Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Aufl. München: Quintessenz; 2001: 384

Goebel G, Hiller W (2001). Verhaltensmedizinische Tinnitus-Diagnostik. Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale mittels des Strukturierten Tinnitus-Interviews (STI). Göttingen: Hogrefe

Goebel G. Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. 2. Aufl. München: Quintessenz; 2001: 384

Goebel G. Verhaltensmedizinische Aspekte und Therapie des chronischen Tinnitus. Psychoneuro 2004; 30: 330-336

Goebel G. Stationäre Behandlung von Patienten mit dekompensiertem Tinnitus in einer „Tinnitusklinik“. In: Biesinger E, Iro H (eds). HNO Praxis heute. Heidelberg: Springer; 2005: 211-224

Goebel G, Kahl M, Arnold W et al. 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. Acta Oto-Laryngologica 2006; 126: 70-79

Guski R, Guiard Y, Salewski M (1994). Auditory and visual perception of kinetic event properties I: Dropping "surprise eggs". In: Guski R, Heine WD (Eds.). Third European Workshop on Ecological Psychology, Program and Proceedings: 115-117. Bochum: Ruhr-University

Guski R (1996). Wahrnehmen: ein Lehrbuch. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer.

Hallem RS, Rachmann S, Hinchcliffe R. Psychological aspects of tinnitus. In: Rachmann S, ed. Contributions to medical psychology. Oxford: Pergamon Press; 1984: 31-54

Hazell J W P, Sheldrake J B (1992). Hyperacusis and Tinnitus. In: Aran JM, Dauman R (eds). Proceedings of the Forth International Tinnitus Seminar: 245-248. Amsterdam: Kugler

Hess P, Rittner S (1996). Trance. In: Decker-Voigt HH, Knill PJ, Weymann E. Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe 1996: 395-403

Hess P, Fachner J, Rittner S. Verändertes Wachbewusstsein. In: Decker-Voigt HH, Weymann E. (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie 2009: 550-553. Göttingen: Hogrefe

Hesse G, Almeling M, Nelting M. Nocturnal Oxygen Saturation with Tinnitus Patients. In: Reich GE, Vernon JA (eds). Proc. 5th intern. Tinnitus Seminar 1995: 90-91. Portland, Oregon USA

Hesse G, Laubert A. Tinnitus-Retraining-Therapie – Indikationen und Behandlungsziele. HNO 2001; 49: 764-779

Hesse G. Therapeutische Ansätze zur Verbesserung der auditiven Perzeption. In: Biesinger E, Iro H (Hrsg.). *HNO-Praxis heute* 2002; 21: 197– 212. Heidelberg: Springer

Hesse G, Schaaf H, Laubert A: Specific Findings in Distortion Product Otoacoustic Emissions and Growth Functions with Chronic Tinnitus. *Intern Tinnitus J* 2005; 11: 6-13

Hesse G, Schaaf H. Grenzen der ambulanten Tinnitustherapie und Einweisungsprozeduren. In: Biesinger E, Iro H (Hrsg.). *HNO-Praxis* 2005; 25: 201-210. Heidelberg: Springer

Hesse G (2008). Tinnitus. Stuttgart, New York: Thieme

Hesse G, Schaaf H: Tinnitus: Ein physiologischer Hörschall. *Tinnitus-Forum* 2009; 3: 9–14

Heymel, M. (2006). Wie man mit Musik für die Seele sorgt. Ostfildern: Grünewald

Hiller W, Goebel G. Co-morbidity of psychological disturbances in patients with chronic tinnitus. In: Goebel G (ed). Psychosomatic Aspects of Complex Chronic Tinnitus. Quintessence publishing, Surrey (UK); 1998: 63- 84

Hoffmann-Axthelm D. David als "Musiktherapeut". Über die musikalischen Heilmittel Klang – Dynamik – Rhythmus –Form. In: Dietrich W, Herkommer H (Hrsg). König David – biblische Schlüsselfigur und europäische Leitgestalt. 19. Kolloquium der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, Freiburg/Schweiz-Stuttgart 2000: 565-588

Honolka K (2000). Smetana. Hamburg: Rowohlt

Howard IP, Templeton WB (1966). Human spatial orientation. London: Wiley

Hughes P, Dragunow M: Induction of immediate-early genes and the control of transmitter-regulated gene expression within the nervous system. Pharmacological Reviews 1995; 47: 133–178

Jäger B, Hesse G, Nelting M et al. Die psychosomatische Begutachtung des dekompenzierten, chronisch-komplexen Tinnitus. Med Sachverständ 1998; 6: 187-191

Jastreboff PJ, Hazell JWP. A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. British J Audiol 1993; 27: 7-17

Jastreboff PJ (1996). Clinical implication of the neurophysiological model of tinnitus. In: Proc. 5th intern. Tinnitus Seminar, Portland, Oregon, USA

Jourdain R (2001). Das wohltemperierte Gehirn. Heidelberg: Spektrum

Kahlbrock N, Weisz N: Transient reduction of tinnitus intensity is marked by concomitant reductions of delta band power. BMC Biology 2008; 6: 4

Kasseler Thesen zur Musiktherapie (2008): http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Kasseler_Thesen.pdf

Kastner E v., Hrsg. (1975). Ludwig van Beethoven: Sämtliche Briefe. Nachdruck der Neuauflage von Kapp J, Tutzing

Kellerhals B, Zogg R, Decker-Voigt HH (1998). Selbsthilfe bei Tinnitus. energon, das medizinisch-psychologische Musikprogramm (CD). Hamburg: Polymedia

Kellerhals B, Zogg R (2004). Tinnitus-Hilfe. Basel: Karger

Konzag TA, Rübler D, Bloching M et al. Counselling versus Selbsthilfemanual bei ambulanten Tinnituspatienten. HNO 2006; 54/8: 599-604

Kral A, Majenik V. On lateral inhibition in the auditory system. Gen Physiol Biophys 1996; 15: 109 – 127

Kröner-Herwig B. Psychologisch fundierte Interventionen bei chronischem Tinnitus In: Biesinger E (ed). HNO-Praxis heute 2005; 25: 125-136. Heidelberg: Springer

Langner G, Wallhäuser-Franke E. Moderne Methoden der Hirnforschung zeigen: Das Phantomgeräusch Tinnitus ist eine Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn. Thema Forsch TU Darmstadt 1998; 1: 124 – 132

Langner G, Wallhäuser-Franke E. Computer simulation of a tinnitus model based on labelling of tinnitus activity in the auditory cortex. In: Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar. Hazell J (ed); 1999: 20–25

Langner G, Wallhäuser-Franke E: Tinnitus unter dem Mikroskop: das Phantomgeräusch entsteht im Gehirn. Praxis Naturwiss 2001; 2/50: 9–13

LeDoux J. Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? Biol Psychiatry 1998; 44: 1229–1238

Lehnhardt E (2009). Praxis der Audiometrie. Stuttgart: Thieme

Lookwood AH, Salvi ML, Coad BA, Towsley MA, Wack DS, Murphy MS: The functional neuroanatomy of tinnitus. *Neurology* 1998; 50: 114 – 120

Mahlke C, Wallhäusser-Franke E. Evidence for tinnitus-related plasticity in the auditory and limbic system, demonstrated by arg3.1 and c-fos immunocytochemistry. *Hearing Research* 2004; 195(1-2): 17–34

Maslow AA (1973). Psychologie des Seins. Ein Entwurf. München: Kindler

McFadden D, Plattsmier HS: Aspirin abolishes spontaneous oto-acoustic emissions. *J Acoust Soc Am* 1984; 76: 443–448

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. (2003). Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. 3. Auflage, Berlin: Springer

Mühlau M, Rauschecker JP, Oestreicher E, Gaser C, Röttinger M, Wohlschläger AM, Simon F, Etgen T, Conrad B, Sander D. Structural brain changes in tinnitus. *Cerebral Cortex* 2006; 16: 1283 – 1288

Mühlnickel W, Elbert T, Taub E, Flor H. Reorganization of auditory cortex in tinnitus. *PNAS* 1998; 95: 10340–10343

Muthmann KD, Hrsg (1984). Musik und Erleuchtung. Der Weg der grossen Meister. München: Max Hieber

Nelting M, Rienhoff NK, Hesse G, Lamparter U (2002). Die Erfassung des subjektiven Leidens unter Hyperakusis mit einem Selbstbeurteilungsbogen zur Geräuschüberempfindlichkeit (GÜF). *Laryngologie-Rhinologie-Otologie* 2002 ; 81: 327–334

Nemeshegyi P (1994). Vallás és zene (Mozart). In: *Távlatok* 1994; 6: 740-751

Olderog M, Langenbach M, Michel O et al. Prädiktoren und Mechanismen der ausbleibenden Tinnitus-Toleranzentwicklung – eine Längsschnittstudie. *Laryngo Rhino Otol* 2004; 83 : 5-13

Pantev C, Ross B, Fujioka T et al. Music and learning-induced cortical plasticity. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 999 : 438-50

Petersen P. Beziehung Patient – Therapeut. In: Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie*, Göttingen: Hogrefe 2009: 104

Pietschmann H (1987). *Das Ende des naturwissenschaftlichen Zeitalters*. Frankfurt/Berlin: Ullstein

Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H, Siedentop H, Goebel G, Kirschhoff D. Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study. In: Hazell JWP (ed). *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar 1999: 64-67*. Cambridge: Tinnitus and Hyperacusis Center

Radeau M. Auditory-visual spatial interaction and modularity. *Cahiers de Psychologie Cognitive – Current Psychology of Cognition* 1994; 13: 3-51

Rinne T, Balk MH, Koistinen S, Autti T, Alho K, Sams M. Auditory selective attention modulates activation of human inferior colliculus. *J Neurophysiol* 2008; 100(6): 3323–3327

Schaaf H, Holtmann H (2002). *Psychotherapie bei Tinnitus*. Stuttgart: Schattauer

Schaaf H, Klofat B, Hesse G. Hyperakusis, Phonophobie und Recruitment. *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde* 2003; 51: 1005- 1001

Schaaf H, Nelting M (2003). *Wenn Geräusche zur Qual werden*. Stuttgart: Trias

Schaaf H. Psychopathologie. In: Hesse G. Tinnitus. Stuttgart, New York: Thieme 2008a: 34-40

Schaaf H. Psychosomatik. In: Hesse G. Tinnitus. Stuttgart, New York: Thieme 2008b: 103-105

Schäfer KH (2005). Entspannungs-Training nach Jacobson. Wien: Kneipp

Schapowal A. Tinnitus, Hyperakusis, Phonophobie. Hausarzt Praxis 2006; 9: 41-42

Schapowal A, Sigron Krause E, Vinkovic S, Bünter M, von Blumenthal S. Stationäre Therapie von Tinnitus und Hyperakusis. Schw Med Forum 2007; 7(Suppl. 34): 63-67

Scheich H, Heil P, Langner G. Functional organization of auditory cortex in the Mongolian gerbil (*Meriones unguiculatus*). II. Tonotopic 2-deoxyglucose. Eur J Neurosci 1993; 5: 898-914

Schneider P, Andermann M, Wengenroth M, Goebel R, Flor H, Rupp A, Diesch E. Reduced volume of Heschl's gyrus in tinnitus. NeuroImage 2009; 45(3): 927-939

Schneider WR, Hilk A, Franzen U. Soziale Unterstützung, Beschwerdedruck, Stressverarbeitung und Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit subjektivem, chronischen Tinnitus aurium und einer klinischen Kontrollgruppe. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 1994; 4: 22-27

Schopenhauer A. Metaphysik des Schönen. In: Spierling V, Hrsg (1988). München: Piper

Schulz J v. (1982). Heilende Kräfte in der Musik. München: Drei Eichen

Schwabe C, Stein I, Hrsg (2000). Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung „Musiktherapie – Lebensgenuss – Freude?“. Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. XII. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen

Schwabe C. Regulative Musiktherapie (RMT) – Wegmarken einer Konzeptionsentwicklung. In: Frohne-Hagemann I. Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert 2004: 205-215

Scott B, Lindberg P: Epidemiologie, Auswirkung und Klassifikation. In: Goebel G (Hrsg.). Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus. München: Urban & Vogel 2001: 33–46

Selle EW (2004). „...ein breites, sicheres Floss...“ – Entwicklung und Wirkungsgeschichte eines Entspannungstrainings nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten. In: Frohne-Hagemann I. Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert 2004: 280

Shi YK, Burchiel J, Burchiel KJ, Anderson VC, Martin WH. Deep brain stimulation effects in patients with tinnitus. Otolaryngology – Head and Neck Surgery 2009; 141 (2): 285–287

Sigron Krause E. Heil werden durch Harmonie - Hörtherapie in der Tinnitusklinik in Chur. Tinnitus-Forum 2006; 3: 73–75

Sigron Krause E. Tinnitus und Hyperakusis. In: Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.). Lexikon Musiktherapie, Göttingen: Hogrefe 2009: 533-549

Spintge R. Aspekte zum Fach MusikMedizin. In: Decker-Voigt HH. Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Reinhardt 2001: 387-402

Ster A. Geschichte der Musiktherapie/MusikMedizin nach 1945 in Deutschland. In: Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie, Göttingen: Hogrefe 2009: 144

Straus E (1956). Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Reprint der 2. Auflage 1978, Berlin, Heidelberg. In: Frohne-Hagemann I. Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert 2004: 11

Strutz J, Mann W (2010). Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Stuttgart: Thieme

Struve M (2007). Emotionale Verarbeitung bei Tinnitus. Tönning: Der andere Verlag

Svitak M. Psychosoziale Aspekte des chronischen dekompenzierten Tinnitus: Psychiatrische Komorbidität, Somatisierung dysfunktionaler Gedanken und psychosoziale Beeinträchtigung. Dissertation, Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Salzburg 1998

Tomatis A. (1997). Der Klang des Universums. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler

Wallhäuser-Franke E, Braun S, Langner G. Salicylate alters 2-DG uptake in the auditory system: A model for tinnitus. NeuroReport 1996; 7: 1585–1588

Wallhäuser-Franke E, Langner G: Phantomgeräusche: Zentralnervöse Mechanismen von Tinnitus. Neuroforum 2001; 1: 67–72

Wallhäuser-Franke E, Cuautle-Heck B, Wenz G, Langer G, Mahlke C: Scopolamine attenuates tinnitus-related plasticity in the auditory cortex. NeuroReport 2006; 17: 1487–1491

Wazen JJ, Foyt D, Sisti M. Selective cochlear neurectomy for debilitating tinnitus. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology 1997; 106: 568–570

Weisz N, Müller S: The neural code of auditory phantom perception. J Neurosci 2007; 27: 1479–1484

Westermann C. Art. Musik III. Instrumentale Musik, Gesang und Dichtung in Israel. In: RGG Bd.4, Tübingen 1960: 1201-1205

Weyerer S, Dilling H. Prevalence and Treatment of insomnia in the community. *Sleep* 1991; 14/5: 392-398

Wolf HG (2002). Wenn der Körper schmerzt, weil die Seele leidet – Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Kraus W (Ed.). *Die Heilkraft der Musik*. München: Beck

Zsok O (1998). *Musik und Transzendenz*. St. Ottilien: EOS

15. Lebenslauf

Geboren 25.06.1966 in Schlema (Deutschland)
Kinder Philipp 1992, Luise 1995

Musikalische Ausbildung

1972 erster privater Klavierunterricht
1974 Klavierunterricht an der Städtischen
Musikschule Chemnitz
1982 Grundstufenabschluss
1984 Oberstufenabschluss
1986 Schulmusikstudium an der Hochschule für
Musik „Franz Liszt“, Weimar
1987 Wechsel zum Hauptfach Klavier
Studium bei Prof. Müller-Nielson
und Rüdiger Hamm
1992 Staatsexamen

Schulbildung

1973 – 1981 Grundschulausbildung
1981 – 1985 Gymnasium
1985 Abitur

Beruflicher Werdegang

1985 – 1986 - Assistentin am Musiktheater und Schauspiel Annaberg
1986 – 1992 - Musikstudium
seit 1993 - Klavierlehrerin an der Musikschule via mala in Thusis
- Orgeldienste in der evangelischen Kirche Cazis
- freiberufliche kammermusikalische Tätigkeit
seit 2003 - Klavierlehrerin an der Musikschule Landquart und
Umgebung, sowie im Lehrauftrag an der
EMS Schiers im Schwerpunktfach Klavier

- Hör- und Musiktherapeutische Tätigkeit für die Schweizerische Tinnitus-Liga
- seit 2006 - Tätigkeit als Musik- und Hörtherapeutin an der Tinnitusklinik der Klinik Waldhaus in Chur
- seit 2007 - Mitglied des Vorstands der Schweizerischen Tinnitus-Liga
- Doktorandin bei Herrn Prof. Dr. Prof. h. c. Dr. h. c. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ordinarius für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg

Fortbildungen

- 1987 - Kammermusikkurs Berlin
- 1996 - Kammermusikkurs bei John Holloway, Zürich
- 2001 - Orgelunterricht bei Prof. Roman Cantieni, Chur
- 2002 - Kurs Orgelmusik: Geschichte und Stilkunde bei Stephan Thomas, Chur
- Ausbildung in der Tomatis-Methode, Hörkur und Besuch der Kurse 1 und 2 am Schaumburger Fortbildungsseminar
- 2003 - Psychotherapie bei Tinnitus, Herbstversammlung der Schweizerischen Tinnitus-Liga, Chur
- 2004 - Musiktherapie bei Tinnitus, Herbstversammlung der Schweizerischen Tinnitus-Liga, St. Gallen als Referentin
- 2005 - Hörtherapie Modul 1: Tinnitus
Hörtherapie Modul 2: Hyperakusis, Tinnitusklinik Bad Arolsen
- Internationaler Kongress für Musikermedizin am Vorarlberger Landeskonservatorium Feldkirch
- Gesprächstherapie. Dr. G. Hirsbrunner, Psychiatrische Klinik Beverin, Cazis
- Tinnitus-Fortbildungstagung, Universität Zürich-Irchel

- Burnout & Organisationen, Willem Lammers
Psychiatrische Klinik Waldhaus
- 2006
 - Psychotherapeutische Grundlagen und
Behandlungsansätze bei Tinnitus, Dr. M. Hansen u. B.
Kühnel, Psychiatrische Klinik Waldhaus
 - Hör- und Musiktherapie bei Tinnitus und Hyperakusis,
Psychiatrische Klinik Waldhaus, als Referentin
 - Tinnitus-Fortbildungstagung, Universität Zürich-Irchel
als Co-Referentin zum Thema:
„Stationäre Behandlungsansätze bei Tinnitus, Hyperakusis
und Schwindel“
 - Einführung in die Otologie, PD Dr. Dr. h. c. Andreas
Schapowal, Psychiatrische Klinik Waldhaus
- 2007
 - Tinnitus-Fortbildungstagung, Universität Zürich-Irchel
als Referentin zum Thema:
„Entwicklung von Hörbewusstsein und Hörverhalten“
 - Doktoranden-Colloquium des Promotionsstudiengangs
am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik
und Theater Hamburg
- 2008
 - Internationales Tinnitus-Symposium, Graz als Referentin
zum Thema: „Möglichkeiten der Musik- und Hörtherapie
bei der Behandlung von Tinnitus und Hyperakusis“
 - Doktoranden-Colloquium des Promotionsstudiengangs
am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik
und Theater Hamburg
 - Tinnitus-Fortbildungstagung, Universität Zürich-Irchel
als Referentin zum Thema: „Musikhören als Teil musik- und
hörtherapeutischer Behandlung bei Tinnitus
und Hyperakusis – ein Fallbericht“
 - Tinnitus-Fortbildung, Landquart als Referentin
zum Thema: „Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus
und Hyperakusis“

- Elternabend der MSLU als Referentin zum Thema „Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis“
- 2009
- Neurofeedback-Symposium, Universitätsspital Zürich
 - Die Plastizität des Gehirns, Prof. Dr. Lutz Jäncke, Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur
 - Tinnitus und implantierbare Hörsysteme, Prof. Dr. sc. techn. Nobert Dillier, Herbsttagung der STL Zürich
 - Doktoranden-Colloquium des Promotionsstudiengangs am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
 - Nationaler Spitaltag, Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur als Referentin zum Thema: „Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis“
- 2010
- Doktoranden-Colloquium des Promotionsstudiengangs am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
 - Methodik im Instrumentalunterricht, neue Unterrichtsformen, Motivation, Michael Stecher, Musikschule Landquart und Umgebung

Publikationen

Sigron Krause E. Sprech laut, schreit, denn ich bin taub“ – Beethoven und die Geschichte seines Hörverlustes. ORL-Impulse 2004; 1: 8 – 11

Sigron Krause E. Klang als Therapie - Musik bei Tinnitus. Tinnitus Forum 2005; 1: 80 – 81

Sigron Krause E. Musik – die Sprache des Fühlens, Worte – die Sprache des Denkens. Tinnitus Forum 2005; 2: 70 – 72

Sigron Krause E. Die Schicksalsmusik des Bedrich Smetana. HÖRaspekte 2005; 1: 9 – 11

Sigron Krause E. Heil werden durch Harmonie – Hörtherapie in der Tinnitusklinik in Chur. Tinnitus-Forum 2006; 3: 73 – 75

Sigron Krause E. Hörtherapie in der Tinnitusklinik Waldhaus in Chur. Dezibel 2006; 5: 16 – 17

Sigron Krause E, Schapowal A. Mozarts Musik in der Hör- und Musiktherapie. Tinnitus Forum 2006; 4: 68 – 69

Sigron Krause E, Schapowal A. Musik und Emotionen. Tinnitus Forum 2007; 2: 68 – 69

Sigron Krause E, Arlt M. Synergien bringen Erfolg in der Tinnitus-Therapie. Tinnitus Forum 2008; 1: 74 – 75

Schapowal A, Sigron Krause E, Vinkovic S, Bünter M, von Blumenthal S. Stationäre Therapie von Tinnitus und Hyperakusis. Schweiz Med Forum 2007; 7(Suppl.34): 63 - 67

Sigron Krause E. Überall war nur noch Musik. Sprechstunde doktor stutz 2009; 7: 116 – 118

Sigron Krause E. Tinnitus und Hyperakusis. In: Decker-Voigt HH, Weymann E. (Hrsg). Lexikon Musiktherapie 2009: 533-537. Göttingen: Hogrefe

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die vorliegende Arbeit mit dem Thema:

Musik- und Hörtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Tinnitus und Hyperakusis dargestellt am Beispiel der Tinnitusklinik Chur – eine empirisch gestützte, musikmedizinisch-hörtherapeutische Untersuchung

von mir selbständig und nur mit den angegebenen Hilfen und Hilfsmitteln angefertigt wurde. Sämtliche Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, habe ich durch Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Cazis, den 27. September 2010

Elisabeth Sigron Krausse