



TINNITUS

Dr. Lucien NICOLAY (CL, 2014)
Professeur d'enseignement logopédique
Psychologue clinicien & Psychothérapeute

o Vormerkung

Die „Tinnitusbereitschaft“ - die Grundeigenschaft des menschlichen Hörsystems, T. hervorbringen hat jeder gesunde Mensch; sie wird aber normalerweise durch zentrale Prozesse unterdrückt und abgefiltert.

Experimente weisen nach, dass in einem schalldichten Raum bei vollkommener Stille, jeder Mensch Ohrgeräusche hört, also Hörempfindungen hat, wie sie von T.-Patienten geschildert werden.

Also auch ohne äußere Beschallung liegt eine relativ hohe Spontanaktivität in den Hörnervenfaser vor. Normalerweise wird diese „statistisch unkorrelierte“ sprich „chaotische“ Grundaktivität als völlige Stille empfunden! Erst wenn die Hörnervnen-Aktivitäten korrelieren, also nicht unbestimmt sind, kann die Empfindung von Tönen oder Geräuschen entstehen.

1 Definition, Prävalenz

Tinnitus (acouphènes) wird definiert als Wahrnehmung von Ohr- und Kopfgeräuschen unter Abwesenheit einer äußeren Geräuschquelle. T. ist selbst keine psychische Störung, kann aber zu solchen führen.

Die Symptomatik „Ohrklingen“ (Pfeifen, Rauschen, Surren, Sausen, Piepen; also am häufigsten im hoch-frequenten Bereich, wie beim Hörverlust) betrifft **wenigstens 10% der Bevölkerung**; dabei fühlt sich etwa die Hälfte gar nicht durch die Ohrgeräusche beeinträchtigt. Chronischer Tinnitus begleitet jedoch **mindestens 4-5% der Bevölkerung**, die sich dadurch auch mittelstark bis stark beeinträchtigt fühlen.

2 Tinnitus, das Phänomen

Die Tonempfindung – zumeist hochfrequente Töne - bei T. wird **nicht** hervorgerufen durch ein simultanes mechano-akustisches oder elektrisches Signal. Das akute Störungsbild ist oft begleitet von Hörverlust und/oder Schwindel.

T. selbst wird nicht als Krankheit oder Diagnose angesehen, sondern als Symptom – Zeichen der Veränderung im s.g. hörverarbeitenden System -, das in seiner Komplexität und seinen Auswirkungen mit dem chronischen Schmerzsyndrom vergleichbar ist.

& seine fachliche Beschreibung

- LOKALISATION: re./li. Ohr, beide Ohren, im Kopf
- ART / GERÄUSCHS: Ton, Rauschen, anderes
- FREQUENZBEREICH: tief, mittel, hoch
- ZEITMUSTER: rhythmisch, pochend, gleichförmig
- SUBJEKTIVE LAUTSTÄRKE: hörbar nur bei Stille, hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen, maskierbar durch gewöhnlichen Lärm oder Konzentration, permanent hörbar bei normalen Umgebungsgeräuschen und auch bei Konzentration.

(Beschreibung)

- VARIABILITÄT / LAUTSTÄRKE: gleichbleibend, schwankend
- KONSTANZ / T.: ständig vorhanden, kurze Phasen ohne T., ganze Tage ohne T.

3 Klassifikation

- ICD-10: H93.1: unter “degenerative Erkrankungen des Innenohrs“
- **Subjektive** (= Tinnitus; unser Thema!) versus **objektive** (mechanoakustische) Ohrgeräusche („somato-/bodysounds“)

N.B.: Somatische Geräusche entstehen im oder nahe dem auditorischen System, z.B. durch vaskuläre Störungen, otoakustische Emissionen oder Kontraktionen der Mittelohrmuskeln und sind vom externen Untersucher wahrnehmbar. Zudem sind sie medikamentös, angiologisch oder chirurgisch gut behandelbar.

Einteilung nach Zeit & Belastung

- HNO-Fachgesellschaften unterscheiden zwischen akutem (< 3 Monaten) und chronischem (> 3 Monaten) Tinnitus; einige Forscher sprechen auch von einer subakuten Phase (3-12 Monate).
- **Kompensierter Tinnitus:** Ohrgeräusche werden wohl wahrgenommen, aber die Betroffenen fühlen sich nur wenig oder gar nicht beeinträchtigt davon; Tinnitus wird akzeptiert und beeinträchtigt kaum das alltägliche Leben.

Einteilung nach Zeit & Belastung

- **Dekompensierter Tinnitus:** hoher Leidensdruck und deutliche Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben vor. Zur starken Belastung durch den Tinnitus kommen Sekundärsymptome wie Schlafstörungen, emotionale Belastungen, Entspannungs- und Konzentrationsschwierigkeiten hinzu (siehe unter Komorbiditäten).
- Neuere Erhebungen weisen darauf hin, dass sich die Tinnitussymptomatik verjüngt: **6-13% bei normal hörenden Kindern und Jugendlichen.** Mit stärker werdender Hörminderung steigt auch die Prävalenz von Tinnitus an. (Siehe Kap. 8, zu Tinnitus bei K. & J.)

4 Komorbiditäten

Untersuchungen zur Komorbidität zeigen ein deutlich gehäuftes Auftreten bei Pn mit dekompenziertem T. Je nach Stichprobe:

- Major Depression bei 48-85 % (Achtung: Suizidhäufung bei 60 plus! in L.);
- Angststörung bei 31-45%;
- Missbrauch & Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei 23% der T.Pn
- Ein gehäuftes Auftreten von T. findet man auch bei Pn mit somatoformen Störungen

Komorbiditäten

N.B.: Der Schweregrad der T.-Belastung hängt unmittelbar mit dem Auftreten komorbider depressiver Störungen zusammen. Bei Pn mit kompensiertem T. sind wesentlich geringere Komorbiditäten festzustellen.

5 Ätiologie

- Die Entstehung des Tinnitus ist bei der Mehrheit der Betroffenen mit Funktionsstörungen des Hörsystems verbunden; aber es gibt auch Fälle ohne otologische Ursache. Zentrale und pharmakologische Ursachen, Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates, psychische und neurologische Prozesse werden dann in Betracht gezogen. Heute geht man von einer multifaktoriellen Verursachung aus.
- Tatsache bleibt: Stress verursacht oder verschlimmert T. und Tinnitus verursacht Stress!

Ätiologie

- Zu den **otologischen Auslösern** des Tinnitus gehören: Lärmschädigungen, akute Knalltraumata, Altersschwerhörigkeit, Hörsturz und Innenohrschwerhörigkeit. Bei Hörverlust (Schwerhörigkeit) tritt signifikant häufiger auch Tinnitus auf. Bis zu 83% der T. & HA.-Pn einer HNO-Klinik in Madrid waren auch schwerhörig (Studie: Alarcon Foundation, 2003).
- Seltene **zentrale Ursachen** für Tinnitus sind: Hirntumoren, insbes. der Kleinhirnbrückenwinkeltumor, Schlaganfall, Multiple Sklerose, degenerative Hirnabbauprozesse, Schädel-Hirn-Traumata.

Ätiologie

- In 5-10% der Fälle tritt Tinnitus im Zusammenhang mit **Morbus Menière** auf; dieser ist außer durch Tinnitus durch rezidivierende Drehschwindelanfälle, einseitige Innenohrschwerhörigkeit und Druckgefühl im Ohr gekennzeichnet. (M.M. kommt auch nach Knalltraumata vor.)
- Ototoxische Medikamente können (bei sehr hoher Dosierung) zu einer reversiblen (z.B. Salicylate) oder irreversiblen (z.B. Aminoglykoside-Antibiotika) Funktionsstörung im Gehör (i. Cortischen Organ) führen, durch die Tinnitus ausgelöst oder verstärkt werden kann.

Ätiologie

- Durch Funktionsstörungen im Bereich der Halswirbelsäule und des Kiefers kann Tinnitus ausgelöst oder verstärkt werden. (Dann kann der T. durch bestimmte Kopf oder Kieferbewegungen in Tonhöhe und Intensität verändert werden.) Bei Tinnituspatienten findet man ein gehäuftes Auftreten von **Bruxismus** und temporomandibulären Störungen.

Exkurs: Hyperakusis (H93.2)

Diese Lärmempfindlichkeit ist eine eigenständige Störung, die das gesamte akustische Erleben betrifft; manchmal schon vor Auftreten des Tinnitus, meistens Wochen & Monate nach dem akuten Tinnitus (insges. bei 40-63%). Bei 70% dieser Betroffenen belastet Ha mehr als T.

Hörbare Signale (< 100 dB!) werden bereits bei geringer Intensität als (zu) laut oder unbehaglich wahrgenommen. Die zumeist normalhörigen Betroffenen erleben das Rauschen von PC oder Klimaanlage, das Rascheln der Zeitung oder sogar ihre eigenen Stimme als sehr unangenehm bis quälend laut.

Exkurs: Hyperakusis (H93.2)

Die Geräuschempfindlichkeit (immer beidseitig) geht mit vegetativen Reaktionen (Stress) und steigert sich, je nach Geräuschqualität, bis zur Panik und Phonophobie (Ligyrophobie; Angst vor lauten Geräuschen).

Als Ursache der Ha wird eine Fehlprogrammierung des olivo-cochleären Systems angenommen.

Funktional können die Intensitäts & Frequenzanalyse (Cochlea & Ganglion spirale), die stereophone Selektion (Richtungshören: Medulla; Nucleus cochlearis ventr. & dors. plus Figur-Grund-Hören: Trapezkörper) sowie die binaurale Interaktion (Pons: Oliva sup., bilateral auf hohe Frequenzen spezialisiert) betroffen oder beteiligt sein. „Zerebellärer“ Orientierungsreflex & „limbische Bewertung“ spielen mit.

Exkurs: Hyperakusis (H93.2)

Als direkte Ursache der peripheren Ha gilt die Überempfindlichkeit der Cochlea, speziell auf der Ebene der Äußeren Haarzellen. Diese regulieren durch aktive Bewegungen die Inneren Haarzellen in ihrer Empfindlichkeit, d.h. sie können verstärkend oder abschwächend wirken. Die ÄHZ empfangen Signale des Gehirns und unterliegen damit dem Einfluss des limbischen Systems sowie der Verarbeitung anderer Sinnesreize.

N.B.: Die Inneren Haarzellen sind zuständig für die Bildung elektrischer Potenziale, den eigentlichen Hörvorgang; sie senden also Signale zum Gehirn.

Exkurs: Hyperakusis (H93.2)

Ha kann auch einseitig bei Mittelohrerkrankungen auftreten, infolge einer fehlenden Anspannung des Stapesmuskels (fehlender Stapediusreflex nach OP, Facialisparesie, usw.), also fehlender Dämpfung bei Zunahme von Lautheit.

Ha im gesamten Hörbereich muss ebenfalls abgegrenzt werden vom fehlenden „Lautheitsausgleich“, von der Recruitment-Ha lediglich im geschädigten Frequenzbereich bei Rekrutmentschwerhörigen (Schäd. der lautheitsmodulierenden ÄHZ), also bei Innenohrschwerhörigkeit. Dann besteht ein abnormer Lautheitszuwachs im Bereich der verschlechterten Hörschwelle, wodurch die Unbehaglichkeitsschwelle eher erreicht wird als bei Normalhörenden. Der Nachweis eines Recruitment ist eine Erklärung für cochleären Tinnitus.

Exkurs: Hyperakusis (H93.2)

Auf jahrelang bestehende Ha folgt häufig aber langsam der T. Das überaktive „ängstliche“ Hörsystem ermöglicht quasi eine Wahrnehmung des T. (Also: T.-Prophylaxe wenn Ha-Behandlung, z.B. Rauschgenerator, Verhaltensänderung: kein Vermeiden, Geräuschexposition, Hörtherapie, ...).

Anamnestisch und mittels überschwelliger Messungen sollte bei allen T.-Betroffenen das Vorliegen einer Ha eruiert werden. Trotzdem für Patienten wichtig: Zwischen T und Ha besteht grundsätzlicher Unterschied und nur indirekter Zusammenhang.

6 Tinnitus- & Therapie-Modelle

Neuronale Plastizität & daraus abgeleitete
Therapiemodelle

1. Habituationsmodell
2. Neurophysiologisches Modell
3. Biopsychosoziales Modell
4. IPSM®-Tinnitus

Tinnitus- & Therapiemodelle

Neuronale Plastizität (kortikale Reorganisation wie bei Fantomschmerzen)

Bei einer cochlearen Schädigung verändern sich die korrespondierenden Bereiche des auditorischen Kortex (hyperaktive Nerven-/Hirnzellen), wodurch es zu einer Wahrnehmung der Ohrgeräusche kommt.

=> Neuropsychotherapeutische Behandlungsansätze:
Habituationsmodell von Hallam (1984); neurophysiol. Modell von Jastreboff & Hazell (1993); biopsychosoziales Modell von Hiller & Goebel (2001); IPISM[®]-Tinnitus (integratives Modell von Nicolay, 2002-2005)

Tinnitusmodelle & Therapiemodelle

1. Habituationsmodell

Die normale Reaktion auf Tinnitus ist die Entwicklung von Toleranz (bei der Mehrzahl der Betroffenen); Belastung und Beeinträchtigung entstehen als Folge gestörter Habituationsprozesse (Patienten; etwa 2% die sich mittelschwer bis zur Unerträglichkeit hin beeinträchtigt fühlen).

Die Charakteristik eines Geräusches (Vorhersagbarkeit, Intensität) die individuelle Wichtigkeit und Bewertung des T., ein erhöhtes kortikales Erregungsniveau, ungünstige Informationsverarbeitungs- oder Aufmerksamkeitslenkungsprozesse beeinträchtigen Habituation.

Tinnitusmodelle & Therapiemodelle

2. **Neurophysiologisches M.;** 3-stufiger Entstehungsprozess: GENERIERUNG – ENTDECKUNG – WAHRNEHMUNG & BEWERTUNG.

D.h.: (1) periphere Schädigung (Cochlea, Hörnerv), (2) subkortikale Signalentdeckungsprozesse (Dekodierung des Signals vor dem Hintergrund neuronaler Spontanaktivität) & (3) Wahrnehmung und Bewertung des akustischen Reizes im auditorischen Kortex. Bei (2) & (3): Verbindung zum limbischen System (Amygdala & Autonomes NS): Bedrohung, negat. Gefühle, Stress-/Angstreaktion => Belastungsempfinden

Tinnitusmodelle & Therapiemodelle

3. Biopsychosoziales M.

Somatische, psychische & Umgebungs-Faktoren zählen bei der Entstehung & Aufrechterhaltung der Tinnitusbelastung! Somatische Faktoren sind an der Auslösung ausschlaggebend (evt. neben externer akustischer Belastung). Für die Entstehung des sog. DEKOMPENSIERTEN, also belastenden T. sind dann psychische (Psych. Stör., dysfunktionale Grundhaltung) & Umgebungsfaktoren (z.B. familiäre oder berufl. Belastung) ausschlaggebend.

=>

Tinnitusmodelle & Therapiemodelle

3. Verstärkung des chronischen T. durch CIRCULUS VITIOSUS aus übermäßiger Aufmerksamkeitszuwendung / Fokussierung, Krankheitsängsten sowie Schlaf- & Konzentrationsstörungen zu dekompenziertem Tinnitusleiden mit ausgeprägter Sekundärsymptomatik.

Im weiteren Verlauf werden der T. & die resultierende Belastung durch die erhöhte Aufmerksamkeit, nichtförderliche Bewertungen, negative emotionale Reaktionen & ungünstiges Krankheitsverhalten aufrechterhalten oder weiter verstärkt.

Tinnitusmodelle & Therapiemodelle

4. **IPSM®-Tinnitus** (Gruppenpsychotherapie mit 5-10 Pn)

ist ein multimodales und multimethodales / integratives Therapieangebot für Personen mit Tinnitus, Hyperakusis und psychischer Belastung, das bewährte und effiziente Methoden im Gruppensetting kombiniert. Indikationsstellung und Zuweisungsdiagnostik werden im Einzelsetting durchgeführt. Seit 2006-2007 wird IPSM®-Tinnitus für Pn mit ärztlicher Überweisung kostenlos am „Service Audio-Phonologique“ (MS) von spezialisierten Psychotherapeuten (LGIPA) durchgeführt.

7 IPSM[®]-Tinnitus

INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE SELBST-MANAGEMENTTHERAPIE (IPSM[®]) in der Gruppe für Personen mit Tinnitus & Hyperakusis

Standardbehandlung in 3 Modulen ab 2004 am IPG in Bartringen, ab 2006 beim Audiophonologischen Dienst (Gesundheitsdirektion):

- 1.TG (Theragnostik; s. 7.1)**
- 2. CHR (Modifikation; s. 7.2)**
- 3. FA (Fokalanalyse; s. 7.3)**

7.1 IPSM[®]-Tinnitus; Modul TG

Zwischen der **otologische Standarddiagnostik** oder weiterer medizinischer Untersuchungen (z.B. kieferorthopädische U.) und der psychologischen Diagnostik ist zu unterscheiden.

Medizinische Untersuchungen: Auskultation von Gehörgang & Halsgefäßen bei pulssynchronem Tinnitus, Otoskopie, Nasopharyngoskopie, Tubendurchgängigkeit, Tympanometrie; Tonaudiometrie. & Sprachaudiometrie; Unbehaglichkeitsschwelle; hirnstammevozierte auditive Potenziale (BERA); transitorisch evozierte akustische Emissionen (OAE), evt. Distorsionsprodukte (DPOAE); evt. Magnetresonanztomografie (MRT); Vestibulometrie; Funktionsdiagnostik HWS; orientierende Untersuchung von Gebiss & Kauapparat; TINNITUS-ANAMNESE & T.-ANALYSE.

7.1 IPSM[®]-Tinnitus TG

Die Tinnitus**analyse** kann beim HNO-Arzt oder am SAP (Direction de la Santé) durchgeführt werden.

Tinnitusfrequenz, Tinnitusintensität (Vgl. mit Rauschen & Sinustönen); Residual Inhibition (RI); Minimaler Maskierungslevel (MML) mit weißem Rauschen; subjektive Lautheitsskalierung mittels visueller Analogskalen (VAS)

Die Tinnitus**anamnese** muss auf jeden Fall auch noch vom Psychotherapeuten mit tinnitusspezifischer Kompetenz im Rahmen einer Bedingungs-, Verhaltensanalyse und Lösungsanalyse durchgeführt werden.

7.1 IPSM[®]-Tinnitus TG

THERAGNOSTIK (TG in max. 6 Stunden im Einzelsetting):

Psychologische Tinnitusdiagnostik, ggf. Klinisch-psychologische Diagnostik (psych. Komorbidität), erste Verhaltensanalyse, allg. Psychoedukation, indiv. Beratung und Anleitung zur eigengesteuerten Verhaltensmodifikation; Indikationsstellung für Gruppenbehandlung oder andere Therapien.

N.B.: Für jeden Patienten ist auch vor Behandlungsbeginn sowie im Verlauf zu eruieren, in welcher Phase der üblichen „T.-Verarbeitung“, er sich gerade befindet: akute Phase / Abwehr => Beeinträchtigungsphase / Belastung => Bewältigungsphase / hilfreiches Verhalten & Alternativen, nützliche Gedanken => Akzeptanz / Selbstbewusstsein

7.1 IPSM[®]-Tinnitus TG

Die psychologische Tinnitusdiagnostik, die zur Indikationsstellung benutzt wird, begreift Selbstbeurteilungsinventare (z.B. Tagebuch; TF: Tinnitus-Fragebogen oder Mini-Tinnitus-Fragebogen von Goebel & Hiller ab 1998), sowie das Expertenurteil (z.B. STI: Strukturiertes Tinnitus-Interview von Goebel & Hiller ab 2003, als Ergänzung zum TF).

Zwecks Screening der psychischen / psychosomatischen Komorbidität wird die Derogatis-Symptomcheckliste SCL-90-S & BSCL-53, neu bearb. von Franke (2013, 2014) oder der PHQ-D, Gesundheitsfragebogen für Patienten ab 2. Aufl., von Löwe, Spitzer u.a. oder diverse Beschwerdelisten eingesetzt.

Gegebenenfalls erfolgt anschließend die störungsspezifische klinisch-psychologische oder fachbereichsspezifische medizinische (Differenzial-)Diagnostik.

Als Indikationshilfe dienen die Empfehlungen der ADANO-Fachgruppe.

7.2 IPSM[®]-Tinnitus; Modul CHR (Modifikation)

COPING-HABITUATION-RETRAINING in der Gruppe
(max. 30 Stdn) verfolgt 3 primäre Zielsetzungen:

- Den Pn bei der Bewältigung von T. unterstützen (C) und damit die Beeinträchtigung durch die (Ohr-)Geräusche zu verringern;
- Die Gewöhnung des Pn an den T. zu fördern & seinen Organismus dazu zu führen, das Geräusch nicht mehr als störend wahrzunehmen und zu erleben (H);
- Den Pn dazu anzuleiten, die Wahrnehmung des T. zu verlieren & ihn periodisch oder dauerhaft zu überhören (R).

IPSM[®]-Tinnitus; Modul CHR

Während das erste Modul allen T.Pn zugute kommen muss, um einer Chronifizierung & Dekompensation vorzubeugen, wird das MO den Pn empfohlen, denen die Kompensation (noch) schwer fällt. Dazu stehen tinnitusbezogene multimodale Bausteine zur Verfügung. Auch die indiv. Rückfallprävention, der Notfallplan und die (bedarfsbezogene) Nachsorge nach Abschluss des Moduls werden abgesprochen.

N.B.: Der akute T. wird von den Ohrenärzten als Hörsturzäquivalent angesehen und primär mit vasoaktiven Infusionen (ggf. kombiniert mit Kortison) behandelt. Zudem sind Spontanheilungen häufig. Zeigen sich bei akutem T. bereits komorbide Störungen, werden Psychopharmaka eingesetzt. Eine Beratung zur Vermeidung von Rezidiv oder Chronifizierung sollte auf jeden Fall erfolgen. Mittlerweile delegieren die Ärzte diese Aufgabe gerne an die Psychotherapeuten am SAP (Dir. Santé).

Bei Bedarf muss jedoch möglichst zeitnah eine dem Ausmaß der Belastung entsprechende psychotherapeutische Intervention eingeleitet werden.

IPSM[®]-Tinnitus; Modul CHR

Bei chronischem Tinnitus (> 3 Monate Dauer) ist das Ziel der Behandlung nicht mehr in erster Linie der Rückgang oder das Verschwinden des T., sondern eine Verringerung der T.-Belastung. **Apparativ-akustische Hilfsmittel** unterstützen bei chronischem T. die Psychotherapie. Hörgeräte & Noiser (weißes oder rosa Rauschen) können im Rahmen des T-Retraining-Therapie eingesetzt. Der Psychotherapeut leistet Aufklärungs- und Motivationsarbeit zwecks Akzeptanz und Compliance-Sicherung im Rahmen der Geräteversorgung.

Bei Betroffenen mit Hörminderung kann durch die Anpassung von **Hörgeräten** der akustische Input von außen erhöht werden, wodurch die Aufmerksamkeitsablenkung vom T. erleichtert wird. Bei der Anpassung eines **T.-Noisers** muss darauf geachtet werden, dass das gleichmäßige breitbandige Rauschsignal den T. nicht total überdeckt., ebenfalls zur Förderung hilfreicher Aufmerksamkeitslenkungsprozessen. Durch die Erhöhung der akustischen Hintergrundaktivität sollen die Detektion des T. erschwert und die Habituation erleichtert werden.

7.3 IPSM[®]-Tinnitus; Modul FA

FOKALANALYSE in der Gruppe (ab 15 Stdn halboffen)

Neben den schon genannten Diagnostikverfahren scheint in manchen Fällen mit chronischen T. ein weiterführendes psychodynamisches Gespräch indiziert zu sein. Dabei werden Belastungsfaktoren, interpersonale Probleme und Konflikte erfasst und mit der subjektiven Biografie in Verbindung gesetzt. Die Bearbeitung und Auflösung dieser Problemkomplexe geschieht in der fokalanalytischen Gruppe. Die effizienten Methoden entstammen den modernen psychodynamischen Gruppentherapien (s. Nicolay, in ZfIP 3/2005). Mittlerweile hat sich das Spektrum der Methoden noch erweitert, so dass die FA optimal an die Gruppenmitglieder angepasst werden kann.

7.4 IPSM[®]-Methodenübersicht

- Tinnituspezifische Psychoedukation mit individ. Counseling
- Individualisierte Bedingungs- & Verhaltensanalysen
- Individualisierte mehrdimensionale Verhaltenstherapie & eigengesteuerte Verhaltensmodifikation (mit Hausaufgaben zu Techniken)
- Ggf. individ. apparative Therapie (SAO) mit Anleitung zur selbstgesteuerten Hörtherapie (Überhören, Stille-, Lautheits-Exposition, ...)
- Coping-Habituation-Retraining (Übungen einschl. Hörtherapie)
- Sophrologische Verfahren / Imaginations- & Relaxationsverfahren
- Stressbewältigungsstrategien; Acceptance & Commitment-Therapy
- Methodenintegrative Fokalanalysen in der Gruppe

8 Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Angaben zur **Prävalenz** von T. **bei Kindern** gibt es seit 1972 (Nodar in den USA: 13% bei 11 bis 18-Jährigen), aber sie sind schwieriger zu machen als bei Erw., da sich Kinder kaum spontan zu T. äußern oder die Symptome ohne Hilfe nicht zu benennen oder zu beschreiben in der Lage sind. Viele K. sehen ihre Ohrgeräusche als normal an und glauben andere hätten diese auch. Zudem sind K. schneller durch Ereignisse in ihrer unmittelbaren Umwelt abgelenkt; sie vergessen ihre Ohrgeräusche und leiden nicht darunter.

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Neuere europäische Studien (2002 – 2009) schwanken zwischen 7,1% und 61% !?! Diese enormen Unterschiede bei den Prävalenzen haben sowohl mit der Befragung als auch mit der Definition von T. zu tun. Geschlechterunterschiede sind kaum signifikant. Der Tendenz nach scheinen Mädchen und ältere Jugendliche (16 - 19 J.) geräusch-(über-)empfindlicher zu sein und mehr Erfahrung mit geräusch-induziertem T. zu haben. **Von Schulstufe zu Schulstufe nimmt T.-Erfahrung zu.** Was die Lateralität anbelangt, ergibt sich kein einheitliches Bild. (Jantscher 2009)

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Weniger als 10% der K. & J. leiden unter einem (chronischen) Ohrgeräusch und weniger als 20% geben in den konsultierten Studien an, äußerst geräuschempfindlich zu sein. Trotzdem scheint es im Vergleich zu den Studien vor der Jahrhundertwende quasi eine Verdoppelung der Prävalenz zu geben. Je nach Stichprobe leiden zudem zwischen 23% und 73% der T.-Betroffenen unter 18 Jahren an einer Hörschädig.

Nach der rezenten belgischen Studie (veröff. bei Reuters & german.hear-it.org am 13. Nov.2013) hat 1/5 der Oberstufenschüler ein permanentes Klingeln in den Ohren. =>

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

3 von 4 Befragten haben schon einmal temporären T. erlebt; aber nur 5% verwenden einen Gehörschutz!

Die auf Tinnitus spezialisierte Psychotherapeutin, Frau Malou Hoffmann, hat zwischen 2006 und 2013 bei dem SAP der Santé 10 Jugendliche zwischen 15 & 20 Jahren , 10 junge Erwachsene zwischen 20 & 25 sowie 10 zwischen 25 & 30 Jahren wegen T. betreut.

Menschen über 40 sowie Menschen mit auftretender Presbyakusis (etwa ab 60) sind gemäß der Studien aus den neunziger Jahren häufiger von T. betroffen.

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Die Altersverteilung ändert sich zunehmend seit dem Aufkommen von MP3-Playern, iPods und anderen Musikabspielgeräten mit Kopfhörern, die problemlos 100 dB und mehr erreichen können und vor allem zu einer Dauerbeschallung anregen.

Junge Menschen mit angeborener Schwerhörigkeit, mit häufigen und chronischen Mittelohrentzündungen in der Anamnese sowie intensive Raucher sind allgemein anfälliger für T. und HA als damit unbelastete Menschen, besonders wenn die oben genannten Belastungen hinzukommen! (Tönnies, Uni Hamburg; o.J.)

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Arbeitslärm und Umweltlärm sind seit langem als Belastung für das Gehör bekannt und Schutzmaßnahmen werden gesetzlich sogar vorgeschrieben.

Dem Freizeitlärm (z.B. Open-Air oder Hallen-Konzerte, Diskotheken; Musikwiedergabegeräte über Kopfhörer oder Soundanlage im Auto) setzen sich Jugendliche und junge Erwachsene aber freiwillig aus; das Gehörschadenrisiko ist aber vergleichbar. Bei 25% der 12-17-Jährigen in Niedersachsen hat lauter Schall schon einmal zu Ohrenpfeifen geführt und bei 8% zu Ohrenschmerzen (vor allem durch Musik & Pyrotechnik). (www.german.hear-it.org)

Tinnitus bei Kindern & Jugendlichen

Für hörgeschädigte SchülerInnen besonders wichtig:

Ein vorgeschädigtes Innenohr reagiert vulnerabel auf gehörschädigende Einwirkungen; sie führen verstärkt zu progredienten Verschlechterungen mit / ohne T.

Ein qualifizierter Berufsabschluss wird erschwert wegen der begleitenden Konzentrations- und Leistungsstörungen; Prüfungsängste verstärken dann ihrerseits die Tinnitussymptomatik.

Komplexer T. kann die schwerwiegende Folge sein, bes. ab der Pubertät!

Quellen

- Nicolay, L. (2005). IPISM[®]-Tinnitus. IP-FORUM spezial 2005 (Monografie, 52 Seiten)
- Weise, C. (2011). Tinnitus. CME Weiterbildung bei Springer, Zertifizierte Fortbildung. Psychotherapeut 1/2011
- XI. International Tinnitus Seminar (IST'14). 21.-24. Mai 2014 in Berlin
- www.german.hear-it.org (2013 & 2014)