

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

HÖRSTÖRUNGEN

Tinnitus – Hörsturz – psychogene Hörstörungen

Hörstörungen sind häufig und werden immer häufiger. Doch während sich der Leidensdruck bei Schwerhörigkeit durch die modernen technischen Möglichkeiten inzwischen in Grenzen halten lässt, nehmen zwei andere Beeinträchtigungen zu, und zwar ohne vergleichbar erfolgreiche Vorbeugungs- oder Behandlungsmöglichkeiten. Gemeint sind *Tinnitus (Ohrgeräusche)* und *Hörsturz*. Dazu eine kurz gefasste Übersicht zu den Themen: Was kann Ohrgeräusche auslösen? Wie äußert sich ein Tinnitus und wem droht er (Geschlecht, Alter, soziale Schicht, berufliches und privates Umfeld, „Lärm-Konto“ u. a.)? Ferner Besonderheiten der Tinnitus-Erkrankung und wie man sie sich medizinisch erklärt. Schließlich die Möglichkeiten von Akut- und mittelfristiger Behandlung sowie Prävention in medikamentöser und nicht-medikamentöser Hinsicht. Dazu eine Übersicht aus der Reihe der Selbsthilfegruppen, was jeder gegen Tinnitus tun könnte.

Das Gleiche und etwas verkürzt beim Hörsturz: Ursachen, Häufigkeit, Krankheitsbild, Verlauf, vor allem psychosoziale Aspekte und therapeutische Möglichkeiten und Grenzen.

Sicher selten, aber nicht vernachlässigbar, die so genannten psychogenen, rein seelisch bedingten Hörstörungen. Und zum Schluss einige Hinweise zu einem alltäglichen Phänomen, harmlos, aber durchaus erklärungsbedürftig: der „Ohrwurm“.

Erwähnte Fachbegriffe:

Hörstörungen – Ohrgeräusche – Tinnitus – kompensierter Tinnitus – dekomensierter Tinnitus – Tinnitus-Ursachen – Stress-Tinnitus – Alters-Schwerhörigkeit und Tinnitus – Lärm-Konto und Tinnitus – Möglichkeiten von Prävention, Diagnose und medikamentöser sowie nicht-medikamentöser Therapie – Ratschläge aus Selbsthilfegruppen u. a.

Hörsturz – Häufigkeit – Krankheitsbild – Ursachen – Verlauf – psychosoziale Aspekte – Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung und Vorbeugung etc.

Psychogene Hörstörungen – seelisch bedingte Hörstörungen – kennzeichnende Hinweise für psychogene Hörstörung – Ursachen – Vorbeugung und Therapie usw.

Ohrwurm – Selbsterhaltungs-Programm des Gehirns – Ohrwurm-Auslöser – Ohrwurm-Häufigkeitsverteilung – musikalische Ohrwurm-Beispiele – wissenschaftliche Einordnung – Beendigungs-Strategien usf.

• TINNITUS

Der volkstümliche Aberglaube, wenn einem die Ohren klingeln spricht jemand über ein Gutes oder Schlechtes, war schon den Assyrern und Ägyptern im 1. Jahrtausend vor Christi bekannt und wurde später bei den Griechen und Römern sowie im Mittelalter von dem berühmten Arzt Paracelsus beschrieben. Auch der Zusammenhang zwischen Stress oder konkreter Angst und Tinnitus lässt sich schon im Alten Testament nachlesen (Jer 19,3: Seht, ich bringe solches Unheil über diesen Ort, dass jedem, der davon hört, die Ohren klirren).

Wie äußert sich ein Tinnitus?

Tinnitus ist nicht nur ein Ohrgeklingel, wie der lateinische Name sagt (das ist sogar eher selten - siehe unten), Tinnitus sind vielfältige Ohrgeräusche im Sinne von Pfeifen (vier von zehn Betroffenen), Rauschen (jeder Vierte), Summen (jeder Zehnte) sowie Zischen, Klingeln, Piepsen, Sausen, Brummen, Zirpen oder gar Pulsieren und Hämmern (in abnehmender Häufigkeit).

Was kann Ohrgeräusche auslösen?

Die Medizin bzw. die Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Heilkunde kennt eine Vielzahl von Ursachen, die Ohrgeräusche auslösen können. Beispiele:

- Gehörgangs-Verschluss durch Fremdkörper oder einen Ohrschmalz-Pfropfen
- entzündliche Mittelohr-Erkrankungen
- Trommelfellperforation (Trommelfelldefekt durch Riss oder punktförmige Durchlöcherung), Mittelohr-Trauma

- Verkalkung der entsprechenden Gefäße
- erblich, degenerativ oder vergiftungsbedingte Schwerhörigkeit
- Alters-Schwerhörigkeit
- Knalltrauma (lärmbedingte Gehörstörung)
- chronische Lärm-Schwerhörigkeit
- Morbus Menière-Krankheit (anfallsweiser Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen, einseitige Ohrgeräusche und Schwerhörigkeit)
- Hörsturz (siehe dieser)
- Bluthoch- bzw. zu niedriger Blutdruck
- Schädel-Hirn-Unfall (Schädelbasisfraktur)
- Akustikus-Neurinom (Tumor des VIII. Gehirnnerven)
- degenerative Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule, auch unfallbedingt
- Veränderungen bestimmter Arterien (anlagebedingte Anomalien oder Erkrankungen von Gefäßen im Bereich des Innenohrs oder gar Brustkorbs)
- Tumoren (Gehirn, Gefäße, Innenohr)
- Herz-Kreislaufkrankungen (siehe oben), Gefäßverengungen

Nicht zuletzt aber auch

- seelische Erkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen etc.) sowie psychosoziale Auslöser und psychosomatisch interpretierbare Störungen (siehe später):

Wie definiert man den Tinnitus?

Die HNO-Heilkunde unterscheidet

- *objektive Ohrgeräusche*: Sie sind seltener und können mit technischen Hilfsmitteln von einem Beobachter aufgezeichnet werden. Meist handelt es sich um anatomische Veränderungen oder Störungen der Funktionsabläufe (so genannte Körpergeräusche, z. B. durch Gefäße, Muskeln, Mittelohrstörungen).
- *Subjektive Ohrgeräusche* dagegen sind solche, die von einem Beobachter oder mit technischer Unterstützung nicht wahrgenommen oder registriert werden können. Diese subjektiven Ohrgeräusche werden inzwischen als der eigentliche *Tinnitus* definiert.

Wichtig für die Betroffenen (und ihre Angehörigen) ist auf jeden Fall die Erkenntnis:

Tinnitus ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern ein Symptom, ein Krankheitszeichen. Es kann sich aber im Laufe des Leidens verselbständigen.

Wem droht ein Tinnitus?

Der Tinnitus ist – wie erwähnt – so alt wie die Menschheit, aber nimmt zu. Das ist unstrittig. Wissenschaftlich kontrovers diskutiert werden allerdings die so genannten Prävalenz-Schätzungen zur Häufigkeit, zumal noch weltweit gültige einheitliche Definitionen ausstehen. Diskutiert werden aber folgende Prozentangaben:

- Etwa 35 bis 45 % der Bevölkerung hatten schon einmal ein Ohrgeräusch.
- Etwa 15 % kennen ein gelegentliches, spontanes Ohrgeräusch mit einer Dauer von mehr als 5 Minuten.
- Mindestens 8 % erleben einen Tinnitus als störend.
- Etwa 0,5 % fühlen sich durch ihre Ohrgeräusche in Lebensqualität und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt.

Hochrechnungen von Deutschland gehen davon aus, dass Tinnitus jährlich etwa 10 Millionen Menschen belastet; rund 250.000 Betroffene klagen über einen chronischen Tinnitus.

Das sind beeindruckende Erkenntnisse, zumal man befürchten muss, dass es in Wirklichkeit eher mehr als weniger Betroffene sind (z. B. 6 bis 20 % „ertragbar“, 5 bis 8 % als schwer beeinträchtigend).

Viele Tinnitus-Patienten sind jedoch der Überzeugung, dass nur sie allein dieses Leiden hätten. Dabei sind sie umgeben von Millionen von „Tinnitus-Erfahrenen“ und Hunderttausenden, die extrem darunter zu leiden haben.

Was muss man noch über den Tinnitus und seine Häufigkeit, den Verlauf und spezielle Aspekte wissen?

- **Geschlecht:** In den meisten Untersuchungen finden sich Frauen öfter betroffen als Männer. Dennoch suchen mehr männliche als weibliche Patienten ärztliche Hilfe. Das hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass sich der Tinnitus im Beruf besonders negativ auswirkt.

- **Alter:** Von jenen Patienten, die einen Arzt aufsuchen (und nur die kann man statistisch erfassen), sind die so genannten mittleren oder besten Jahre sowie das beginnende Rückbildungsalter am stärksten betroffen. D.h. wenig unter 20, zunehmend zwischen 20 und 40, ein Häufigkeitsgipfel zwischen 40 und 60 Jahren und dann ein langsamer Rückgang. Am deutlichsten ist der Anstieg jenseits des 45. Lebensjahres. Das weist auf drei Belastungsfaktoren hin:

1. **Beruflicher Stress**, weshalb der Tinnitus früher auch gerne manchen Berufen zugeordnet wurde. Aber es betrifft natürlich jeden, der entlastungslos täglichem Stress jeglicher Art ausgesetzt ist. Am meisten wohl im Berufsleben und vor allem bei der ja zunehmenden Doppel-Belastung Beruf/Familie.
2. **Beginnende Alters-Schwerhörigkeit** im anlaufenden Rückbildungsalter. Und hier muss auf ein besonderen Aspekt hingewiesen werden, den die meisten Menschen entweder gar nicht kennen oder nicht ernst nehmen, und das ist das so genannte
3. **„Lärm-Konto“:** Lärm und Alter tragen ganz erheblich zur Entwicklung eines Tinnitus bei. So ist das Tinnitus-Risiko unter beruflicher Lärmbelastung etwa doppelt so hoch wie bei Menschen ohne entsprechende Beeinträchtigung.

Wer also sein „Lärm-Konto“ über viele Jahre hinweg mit „Lärm-Schulden“ belastet hat, muss im Rückbildungsalter öfter dafür „zahlen“.

- **Soziale Schicht:** Tinnitus findet sich in allen sozialen Schichten, dürfte aber bei den Arbeitslosen (Stress eigener Art) am höchsten sein. Bei den Selbständigen findet man ihn seltener. Dass die Oberschicht und insbesondere die Selbständigen dann aber bei ärztlichen Untersuchungen doch häufiger vertreten sind, hängt mit dem schichtspezifischen Krankheitsverhalten bzw. verantwortungsvolleren Gesundheits-Bewusstsein zusammen, was die Heilungsaussichten (Prognose) natürlich erheblich verbessert.

Wie verläuft ein Tinnitus?

Ohrgeräusche pflegen in der Regel nur zeitweise zu belasten, ein- oder beidseitig, können aber auch langfristig, in Einzelfällen sogar lebensbegleitend zermürben. Viele Menschen brauchen sogar Jahre, bis sie erstmals einen Arzt aufsuchen, was die Heilungsaussichten natürlich deutlich verschlechtert.

Besonderheiten der Tinnitus-Erkrankung

Für Diagnose und Therapie (siehe später) gilt es einige Besonderheiten zu beachten:

So gibt es Hinweise, dass das linke Ohr häufiger betroffen sei als das rechte, allerdings abhängig von Geschlecht und vielleicht sogar Alter. Was Lautstärke und Charakter des Tinnitus anbelangt, so werden hochfrequente Geräusche lauter empfunden als tieffrequente.

Und von der Häufigkeit her ein deutliches Überwiegen von Pfeifen und Rauschen vor Summen und - sehr viel seltener - Zischen, Klingeln, Piepsen, Sausen, Brummen, Zirpen, puls-synchrones Rauschen u. a.

Von besonderer Bedeutung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und vielleicht auch einmal als Einteilungsmaßstab ist die Frage, ob es sich um einen kompensierten oder dekompenzierten Tinnitus handelt.

Unter einem **kompensierten Tinnitus** versteht man Ohrgeräusche, die vom Betroffenen ohne wesentliche Beeinträchtigung hingenommen werden, von Anfang an oder im Verlaufe des Leidens.

Dagegen zeichnet sich ein **dekompenzierter Tinnitus** (auch als komplexer Tinnitus bezeichnet) dadurch aus, dass er als eigenständige Krankheit empfunden wird und sich auf weite Bereiche der Lebensführung negativ auswirkt. Das führt dann auch zu den bei vielen Tinnitus-Betroffenen geklagten Symptomen wie Unruhe, Schlafstörung, Konzentrationsschwäche, Angstzustände und sogar zu einer vegetativen Labilität, auch funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen genannt. In extremen Fällen kann der Tinnitus sogar zu Verzweiflungstaten hinreißen (z. B. Selbsttötungsgefahr). Einzelheiten siehe nachfolgender Ausführungen:

Einen tröstlichen Aspekt gilt es sich jedoch zu merken:

Ist Tinnitus gefährlich? Nein. Es gibt nur sehr wenige gefährliche Ursachen (z. B. eine Geschwulst am Hörnerven, das so genannte Akustikus-Neurinom), die aber mit den heutigen Möglichkeiten relativ schnell diagnostiziert und entsprechend behandelt werden können. Ansonsten sind Ohrgeräusche weder von ihren Ursachen noch von ihren Auswirkungen her gefährlich – nur eben zermürend.

Tinnitus und seelische Störung

Tinnitus ist keineswegs nur das Aufgabengebiet der Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Heilkunde. Ein nur HNO-ärztlich bedeutsamer Erkrankungsfall dürfte sogar eher selten sein, insbesondere bei mittel- bis längerfristiger Beeinträchtigung. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Zum einen die so genannte Co-Morbidität, also wenn eine Krankheit zur anderen kommt, zum anderen eine Langzeit- oder gar Dauer-Belastung, die neben dem Tinnitus zu entsprechen-

den psychosozialen, psychosomatisch interpretierbaren oder gar psychiatrischen Folgen führen. Was kann das sein, was muss man wissen und was kann man dagegen tun?

Wenn sich Tinnitus-Patienten an einen Psychologischen Psychotherapeuten oder gar Psychiater, Neurologen oder Nervenarzt wenden, dann handelt es sich meist um einen chronischen und damit dekompenzierten Tinnitus, dessen Opfer nach längerer Leidenszeit und wohl erfolgloser HNO-ärztlicher Behandlung „mit den Nerven am Ende ist“ und sich zu diesem in der Regel auf Distanz gehaltenen Behandlungs-Wunsch gezwungen sieht. Was gilt es zu beachten und was kann man tun?

Zum einen ist dieser Fall relativ selten – glücklicherweise. Man vermutet, dass nur vergleichsweise wenige Betroffenen einen Tinnitus als lästig (oder gar schwer beeinträchtigend) erleben (s. o.).

Eine in der Tat ernsthafte und ggf. langfristige Belastung entsteht vor allem dann, wenn die zusätzlichen, in diesem Fall seelischen Erkrankungen nicht erkannt und gezielt behandelt werden. Das betrifft – wie erwähnt – vor allem affektive (also depressive), Angst- und Schlaf-, aber auch so genannte somatoforme (psychosomatisch interpretierbare) Störungen. Was heißt das konkret?

- Bei den *affektiven Störungen* sind es nach derzeitig gültiger Klassifikation (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation – WHO) vor allem Anpassungsstörungen (früher als reaktive Depression bezeichnet), Dysthymie (früher beispielsweise auch depressive Dauer-Verstimmung oder neurotische Depression genannt) sowie depressive Episoden, vor allem rezidivierende (immer wieder belastende) depressive Störungen.

Sie dominieren schon zahlenmäßig, vom Leidensbild ganz zu schweigen. Je nach Studie (und erfasstem Patienten-Kollektiv) werden Prozentzahlen von 19 bis 49 %, ja Diskrepanzen zwischen 6 und 84 % genannt bzw. diskutiert. Ältere Studien konnten schon früher zeigen, dass co-morbide (zusätzliche) Depressionen etwa gleich häufig vor dem Ohrgeräusch wie danach (und dann doppelt belastend) aufgetreten sind.

- Aber auch *Angststörungen* sind häufig und wahrscheinlich zunehmend. Beispiele (Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie) phobische Störungen, z. B. die spezifische Phobie, Generalisierte Angststörungen, Angst und depressive Störungen gemischt etc.
- Und schließlich *psychische Reaktionen auf schweren Stress* (mitunter kombiniert mit Anpassungsstörung). Im Einzelnen in Fachbegriffen: akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme, hypochondrische und Somatisierung-Störungen und nicht zuletzt Schlafstörungen (auch hier siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Wie erklärt man sich einen Tinnitus medizinisch?

Um es vorwegzunehmen: Es gibt viele Theorien, aber bisher keine allseits anerkannte und vor allem alleinige Erkrankungsursache. Ursprung ist auf jeden Fall das Innenohr. Äußeres (Ohrmuschel und Gehörgang) sowie Mittelohr (Trommelfell, Gehörknöchelchen und Mittelohrmuskeln) dienen als Transportorgane für Schallwellen. Das Innenohr hingegen (siehe unten) ist das entscheidende Reiz-Verteilungs- und Reiz-Transformationsorgan. Hier werden die mechanischen Schwingungen der Innenohrflüssigkeit in biochemische und bioelektrische Signale umgeformt und damit den Hör-Nerven als Erregung weitergeleitet. Entscheidend in der so genannten Innenohr-Schnecke (Cochlea) sind äußere und innere Haarzellen, wobei Letztere als die eigentlichen Sinneszellen angenommen werden. Wenn nun diese feinen Sinneszellen im Innenohr aufgrund einer Schädigung (organisch durch Lärm oder Knall bzw. psychosozial durch Stress u. a.) aktiviert werden, dann haben wir es mit einem Tinnitus zu tun. Das Problem ist zum einen das Ohrgeräusch, zum anderen aber die Grundlosigkeit und damit Sinnlosigkeit einer solchen Reaktion des Sinnesorgans „Gehör“.

Früher, vor Tausenden von Jahren, als man noch an Götter glaubte, nahm man an, Tinnitus-Betroffene könnten die Stimmen der Götter hören und daraus weissagen. Dementsprechend hoch war ihr Ansehen. Heute ist es umgekehrt: Die Betroffenen sind verzweifelt und fühlen sich behindert, beeinträchtigt, wenn nicht gar minderwertig.

Und doch hat sogar der Tinnitus eine Funktion, auch wenn der moderne Mensch nicht mehr gewohnt ist, auf die Signale seines Körpers zu achten. Ist es eine organische Ursache, wird er das lästige Ohrgeräusch noch am ehesten abzuklären und zu verstehen suchen. Hat es aber psychosoziale Gründe, z. B. Wesensart, Überforderung, Konflikte usw., so ist er nur ungern bereit, solche Ursachen zu erkennen, anzuerkennen und zu ändern. Und doch gilt der - für Betroffene schwer verständliche - Satz: *Das ist mein Tinnitus, was will er mir sagen* (siehe später).

Diagnostische Verfahren und Entstehungs-Hypothesen

Selbst die aktuellen Erkenntnisse zur Pathophysiologie (d. h. der krankhaften Lebensvorgänge und Körper-Funktionen) beruhen bisher vor allem auf Tierversuchen. Gleichwohl gibt es eine Reihe von zielführenden Studien-Ergebnissen die besagen: Tinnitus ist zunächst einmal eine abnorme neuronale (Nerven-)Aktivität. Will heißen: Ein durch Schallwellen ausgelöstes Signal an irgendeiner Stelle der zuständigen Nervenbahnen. Hier beginnen dann allerdings die kontroversen Diskussionen der Experten. Einige Risikofaktoren spielen dabei allerdings immer wieder eine Rolle, nämlich Stress, Schwer-

hörigkeit, Knalltrauma, Hörsturz, aber auch höheres Lebensalter, psychische Erkrankung, Geräusch-Überempfindlichkeit etc. Das so genannte vegetative System sowie weitere zentralnervöse (Gehirn-)Systeme sind also oft beteiligt, sprich Stress auf der einen sowie Emotionen (die Gefühlswelt) auf der anderen Seite. Und wenn sich erst einmal eine besorgte, wenn nicht gar ängstliche oder deprimierte Aufmerksamkeits-Lenkung auf das ungewöhnliche „Signal“ eingespielt hat, dann wird das Leiden alltags-relevant.

Dabei werden einzelne Entstehungs-Modelle diskutiert, die allerdings hier zu weit führen. In Fachbegriffen: neurophysiologisch (konditionierte Angstreaktionen), kognitiv (negative Bewertung), Angst-Vermeidung (bedrohliche Fehl-Interpretationen etc.). *Diagnostisch* gehen die einzelnen Fachbereiche das Problem dann mit spezifischen Techniken an. Beispiele: Anamnese (Vorgeschichte) mit jeweiligem Schwerpunkt, je nach Verdacht auf konkrete Ursachen wie Hörverlust, Druckgefühl im Ohr, Geräusch-Überempfindlichkeit, Schwindel u. a. Oder orthopädisch (Halswirbelsäule), zahnmedizinisch/kieferorthopädisch (Zähne knirschen, Kiefergelenk), internistisch (Schilddrüsenfunktion, Bluthochdruck, Anämie) sowie nicht zuletzt und wie oben dargestellt psychiatrisch; was aber nicht nur die erwähnten Co-Morbidität anbelangt, sondern auch Medikamente, die eine ursächliche Stör-Funktion entwickeln könnten (z. B. Chemotherapie, Antimalaria-Mittel, aber auch Antidepressiva, angstlösende Anxiolytika usw.). Und in *psychosozialer Hinsicht* schließlich ursachen-bedeutsame Hinweise zu Beruf, Hobbys, Freizeitaktivitäten, Partnerschaft, aber auch Lärm-Exposition, soziales Umfeld, Bildung, einschneidende Lebensereignisse usf.

Zu den dann jeweiligen speziellen Untersuchungs-Maßnahmen und Messinstrumenten siehe der entsprechende Fachbereich.

Was kann man gegen Tinnitus tun?

Die beste Therapie ist eine rasche Diagnose. Das setzt allerdings voraus, dass man möglichst umgehend seinen Arzt aufsucht. Dieser wird erst einmal alle organischen Ursachen ausschließen (siehe oben). Dann wird er auch auf seelische bzw. psychosoziale Auslöser zu sprechen kommen.

In der Tat scheint die Mehrzahl der Tinnitus-Erkrankungen auf eine seelisch-körperliche Überforderung, besonders in stress-intensivem Kontakt mit anderen Menschen zurückzugehen. Dabei spricht man von einem „mehrdimensionalen Bedingungsgefüge“. Das heißt beispielsweise:

- Oft organischer Schwachpunkt (oder deren mehrere),
- dazu psychosoziale (meist familiäre, vor allem aber berufliche Überforderung) sowie
- als Grundlage nicht selten eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur oder zumindest nachteilige Strategie der individuellen Konfliktbewältigung.

Dazu kommen ggf. biologische, vor allem aber zentralnervöse Schwachpunkte mit erniedrigter Reizschwelle (unzulängliche Filterfunktion bestimmter Gehirnstrukturen bei gemütsmäßigem Stress?). Und dadurch ein Teufelskreis.

Zuerst einmal aber richtet man sich nach der Dauer des Tinnitus:

- Ein *akuter (plötzlicher) Tinnitus*, der weniger als drei Monate besteht, wird wie ein Hörsturz behandelt (siehe dieser, also vor allem durchblutungsfördernde Medikamente).
- Beim so genannten *subakuten Tinnitus* (zwischen drei und zwölf Monaten Dauer) geht man mit speziellen Medikamenten vor (siehe später), doch gewinnen jetzt vor allem Entspannungsverfahren an Bedeutung. Außerdem wird man sich diagnostisch und therapeutisch verstärkt die Halswirbelsäule und das Kiefergelenk vornehmen.
- Beim *chronischen Tinnitus* (länger als ein Jahr) unterscheidet man zwischen den kompensierten Ohrgeräuschen (der Patient hat gelernt, sich mit seinem Leiden zu arrangieren) und einem dekompenzierten Tinnitus. Hier drohen durch Stress, Anspannung, Resignation, Angst, Depressivität, Schlafstörungen u. a. ein Teufelskreis und damit Langzeiterkrankung mit allen, vor allem psychosozialen Folgen.

Beim kompensierten Tinnitus beschränkt man sich auf Beruhigung und Beratung. Der dekompenzierte Tinnitus braucht dies auch, aber ergänzt durch eine ggf. spezielle Versorgung, je nach Ausgangslage bzw. mehrschichtiger Belastung. Vor allem aber eine psychotherapeutische Betreuung, ambulant oder in einer (Fach-)Klinik, z. B. einer spezialisierten Tinnitus-Klinik.

Grundsätzlich wichtig zu wissen:

Das erste Jahr des Tinnitus sollte therapeutisch optimal genutzt werden.

Grundlage jeder Behandlung aber ist auch der inzwischen etablierte Grundsatz: weg von der Therapie (die bei chronischer Entwicklung ihre Grenzen hat und dadurch noch mehr frustriert und resigniert macht), hin zur Betreuung (siehe später).

In **medikamentöser Hinsicht** gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, die vor allem der HNO-Arzt einsetzt, die allerdings ständig aktualisierten Beurteilungen bzw. Empfehlungen unterliegen, nicht zuletzt durch die seit Februar 2019 verfügbare europäische, explizit „Multidisziplinäre Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Tinnitus“. Nachfolgend eine Übersicht, die auch frühere Empfehlungen umfasst: durchblutungsfördernde Therapie (rheologische Infusions-

therapie mit Plasmaexpandern und Vasodilanzien (gefäß-erweiternde Arzneimittel); Antiarrhythmika bzw. Lokalanästhetika; Neurotransmitter sowie Kalziumantagonisten.

Ein besonderes Kapitel ist die Behandlung mit

- *Psychopharmaka*: Da nicht wenige Tinnitus-Betroffene beispielsweise durch die permanente Lärmeinwirkung depressiv reagieren, ist man bisweilen gezwungen ein Antidepressivum zu geben (mitunter auch einen beruhigenden und angstlösenden Tranquilizer). Patienten, die keine synthetischen („chemischen“) Psychopharmaka wollen (oder vertragen: siehe Nebenwirkungen durch bestimmte Antidepressiva), können es auch mit psychotropen Phytopharmaka (Pflanzenheilmitteln mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) versuchen. Das ist vor allem das stimmungsaufhellende Johanniskraut (allerdings hoch genug dosiert und lange genug eingenommen) und die beruhigenden Pflanzenheilmittel Baldrian, Hopfen und Melisse (meist als Kombinationspräparat). Einzelheiten dazu siehe die fachärztlichen Empfehlungen.
- *Weitere Arzneimittel mit indirekter Wirkung auf das Seelenleben*: Diskutiert wird auch der Einfluss von Muskelrelaxanzien (muskelentspannende Wirkung) und Antikonvulsiva. Letztere sind antiepileptisch wirkende Arzneimittel wie Carbamazepin oder Valproinsäure. Dies bedarf allerdings - wie bei den Psychopharmaka auch - einer Zusammenarbeit zwischen HNO-Arzt und Psychiater/Nervenarzt/Neurologen.
- *Vasodilatoren*: Substanzen wie Niacin (Vitamin B-Komplex) und das pflanzliche Ginkgo biloba sollen den Blutfluss erhöhen, weshalb man sie vor allem in den ersten Wochen eines Tinnitus versucht. Allerdings gibt es hier kontroverse Ansichten unter den Fachleuten und keine Leitlinien-Empfehlung. Das Gleiche gilt übrigens auch für Nahrungsergänzungsmittel.

Nicht-medikamentöse Therapiemethoden zur Behandlung des Tinnitus

Zu den nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden im weitesten Sinne gehören vor allem Biofeedback, autogenes Training, Hypnotherapie, hyperbare Sauerstofftherapie (HBO-Therapie), Transkranielle Elektrostimulation, Vagusnerv-Stimulation, Hörgeräte und Tinnitus-Maskierung sowie die Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT). Auch Akupunktur, Sauerstoffmehrschritt-Therapie, homöopathische Medikamente („Zellsalze“) u. a. wurden auf ihre Effektivität geprüft.

Zu besonderer Bedeutung brachten es vor allem Tinnitus-Maskierung, Tinnitus-Retraining-Therapie sowie psychotherapeutisch stützende Maßnahmen. Im Einzelnen:

- *Hörgeräte und Tinnitus-Maskierung*: Hier geht es besonders um die Verstärkung der Umweltgeräusche durch ein Hörgerät. Damit soll das hintergründige Tinnitusgeräusch verdeckt oder maskiert werden. Auch bei Patienten ohne Hörverlust setzt man gelegentlich einen so genannten *Tinnitusmasker* ein, der das Ohrgeräusch durch ein Rauschsignal verdecken soll, was aber unter Fachleuten auch kontrovers diskutiert wird.
- *Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)*: Im Gegensatz zur Maskierung (s. o.), die den Tinnitus verdecken und zu anderen Handlungsansätzen, die den Tinnitus ausschalten sollen, zielt die TRT darauf ab, dass Gehör gegenüber dem Tinnitus zu de-sensibilisieren. Es wird also nicht so sehr die eigentliche Ursache bekämpft, sondern versucht den unbewussten Wahrnehmungskreislauf zu unterbrechen, das Gehör also zu „re-trainieren“.

Das setzt aber nicht nur eine genaue Kenntnis der individuellen Tinnitus-Entstehung und des Zusammenspiels von Hörwahrnehmungs-Störungen und psychischen bzw. psychosozialen Folgen voraus, es braucht auch ständige Übungen zur Verbesserung jener Hörwahrnehmungen, die die Umlern-Prozesse („Re-Training“) fördern und die Fixierung auf den Tinnitus lösen sollen. Langfristig „lernt“ das Gehör damit, sich an den Tinnitus zu gewöhnen und ihn zu überhören. Das kann allerdings viele Monate dauern und braucht Experten-Betreuung.

- *Psychotherapeutische Maßnahmen im weitesten Sinne*: Tinnitus zermürbt, macht müde, matt, resigniert, deprimiert und durchdringt schließlich alle seelischen, kognitiven (geistigen) und psychovegetativen Schichten. Tinnitus ist also zum (auslösenden?) Alltagsstress ein zusätzlicher Stressfaktor. Dem sollen Autogenes Training, Yoga, Muskelrelaxation nach Jacobson, Biofeedback, Hypnotherapie, Suggestion, Atemtherapie, kognitive Verhaltenstherapie u. a. entgegenwirken. Dazu sollte im Bedarfsfalle (siehe de-kompensierter Tinnitus) eine stützende Gesprächspsychotherapie beitragen (Stichwort: weg von der Behandlung, hin zur Betreuung).

Eine wichtige, zunehmend sogar zentrale Position nehmen die Tinnitus-Selbsthilfegruppen ein, wo die Betroffenen eine Fülle von praktischen Ratschlägen und Empfehlungen erwartet (entsprechende Literatur in Papierform sowie Online-Angebote). Und vor allem Trost aus der Reihe der Erfahrensten, nämlich der Mitbetroffenen. Einzelheiten siehe Kasten.

Was kann man gegen Tinnitus unternehmen?

- Vermeiden Sie unnötige Resignation und damit Rückzug, Isolation und unzureichende medizinische Betreuung bzw. Behandlung.

- Informieren Sie sich ausreichend über Ursachen, Auswirkungen, Lebensperspektiven, seelische, körperliche und psychosoziale Folgen eines Tinnitus. „Wissen ist Macht.“ Auch die Macht zu helfen - nicht zuletzt sich selber. Alles andere führt zu unnötigen Ängsten, zu negativem Denken, zu Niedergeschlagenheit, Ratlosigkeit, Mutlosigkeit und Hoffnungslosigkeit - vermeidbar, mit den heutigen Möglichkeiten.
- Denken Sie auch stets an den Trost: Tinnitus führt weder zur Taubheit noch besteht die Gefahr, verrückt zu werden.
- Umgehen Sie vor allem in der Akutphase jeden Stress. Am besten man wird sofort ein bis zwei Wochen krankgeschrieben: Raus aus der „Mühle“, auch wenn man sich der Überforderung gewachsen glaubt oder sich gar unersetzbar wähnt.
- Verzichten Sie auf Nikotin und Koffein, einen übermäßigen Alkoholgenuss, chinin-haltige Getränke und glutamin- bzw. glutamat-haltige Speisen (z. B. China-Restaurant). Vermeiden Sie auch große Hitze und Kälte bzw. entsprechende Temperaturschwankungen (also z. B. Urlaubsflüge mit entsprechenden klimatischen Bedingungen). Und auf jeden Fall Lärm und laute Musik!
- Überprüfen Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre Medikamente. Sind so genannte ototoxische Arzneimittel dabei, die das Gehör als Nebenwirkung schädigen könnten?
- Trainieren Sie Entspannungsübungen (Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelrelaxation).
- Vermeiden Sie negative Denk-Schablonen (und damit sich selbst erfüllende Negativ-Prophezeiungen), denken Sie konstruktiv, positiv und damit die Regeneration unterstützend.
- Versuchen Sie körperlich aktiv zu sein, nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig. Ein günstiges Mittelmaß ist der so genannte „Gesundmarsch bei Tageslicht“, da körperlich stärkend, angstlösend und stimmungsstabilisierend (etwa 6 bis 9 km/Stunde, rund 30 bis 60 Minuten jeden Tag und bei jedem Wetter!).
- Nutzen Sie bei leichteren Geräusch-Attacken die „Ohrmassage“: Mittelfinger an den Gehörgang, Zeigefinger hinter das Ohr und dann mehrfach sanft auf und ab. Mitunter erstaunliche Erfolge.
- Fördern Sie Ihre familiären und sonstigen sozialen Beziehungen, aber vermeiden Sie es, Ihre Angehörigen ständig durch Ihr Jammern und Klagen zu „nerven“ (Rückzugs-Gefahr - s. u.).

Denken Sie an zweierlei: Zum einen ist der moderne Mensch nicht sehr belastbar. Zum anderen sehen Sie auch als schwer Tinnitus-Betroffener nicht krank aus, unglücklich zwar, aber der Laie hat seine Mühe, Sie als so beeinträchtigt anzusehen, wie Sie in der Tat sind. Wenn Sie dann noch durch dauerndes Klagen belasten, zieht sich Ihr Umfeld langsam zurück: schuldgewisst, aber zum Selbstschutz. Doch gerade jetzt brauchen Sie es ja.

- Vieles läuft letztlich auf einen Aspekt hinaus, der schon erwähnt wurde, vor allem aber zu Beginn den Betroffenen weder einleuchtet noch Trost vermittelt, auf Dauer aber doch recht hilfreich ist, und zwar:

Der Tinnitus als Gradmesser der individuellen seelisch-körperlichen Belastungsfähigkeit und Warnhinweis auf Überforderung, dysfunktionalen Kräfte-Einsatz und schwindende Reserven. Oder nochmals populär und lebensnah ausgedrückt: „*Das ist mein Tinnitus, was will er mir sagen?*“ Und danach: Konsequenzen ziehen und wie erwähnt Geduld, Geduld und nochmals Geduld.

Ratschläge aus der Reihe der Selbsthilfegruppen

• HÖRSTURZ

Der **Hörsturz** (fachlich: akuter idiopathischer sensorineuraler Hörverlust) ist eine (plötzliche, meist einseitige) Schall-Empfindungsschwerhörigkeit von unterschiedlichem Schweregrad bis hin zur Ertaubung. Die Störung liegt nicht im Bereich von Gehörgang, Trommelfell oder Mittelohr, sondern im Innenohr oder im Bereich der so genannten Hörbahn.

Als Begleitsymptome können Tinnitus, Schwindel, Ohrdruck oder ein pelziges Gefühl um die Ohrmuschel angegeben werden.

Ätiologie (Ursachen) und Pathogenese (Krankheitsverlauf) bleiben trotz intensiver Diagnostik meist unklar. Gleichwohl müssen mögliche organische Ursachen ausgeschlossen werden: z. B. akute Durchblutungsstörungen im Bereich des Innenohrs, Virusinfekte, Herz-Kreislauf- oder neurologische Notfälle (Hochdruck-Krisen, Schlaganfall) sowie eine Autoimmun-Erkrankung etc. Letzteres auch als Autoaggressions-Erkrankung bezeichnet, bei der körpereigene Substanzen das Abwehrsystem schwächen), bevor man an körperliche und vor allem psychische Belastungen („Stress“) denkt.

Der „Hörsturz“ hat in den letzten Jahrzehnten rapide zugenommen, wie die Ohrgeräusche (Tinnitus - siehe dieser) auch. Betroffen sind vor allem die so genannten „besten Jahre“, nämlich zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr. Es kann aber auch junge und alte Menschen treffen. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht nach allgemeinem Lehrbuchwissen:

Krankheitsbild: Meist klagen die Betroffenen – wie erwähnt – über eine plötzliche, in der Regel einseitig auftretende Hörminderung, nicht selten morgens nach dem Aufwachen. Oft sind damit ein Völle- oder Druckgefühl („wie Watte im Gehörgang“) sowie Ohrgeräusche im jeweiligen Ohr verbunden. Häufig gehen diese beiden Beschwerden dem Hörverlust voraus.

Das Tonschwellen-Audiogramm (die graphische Darstellung einer entsprechenden Hörprüfung) zeigt eine Schallempfindungs-Störung, meist im mittel- bis hochfrequenten, aber auch niederfrequenten Bereich. Alle anderen HNO-ärztlichen Untersuchungen ergeben in der Regel keinen eindeutigen krankhaften Befund.

Was kann mit einem Hörsturz verwechselt werden?

Ein Hörsturz kann vielerlei Ursachen haben: Deshalb muss er auch umfassend abgeklärt werden. Was gilt es auszuschließen, bevor man eine seelische oder psychosoziale Ursache annehmen kann?

An erster Stelle Ohrschmalz-Pfröpfe (fachlich: Cerumen obturans), sehr häufig, besonders nach unsachgemäßer Reinigung des Gehörgangs oder Duschen oder Baden. Ferner Infektionen (z. B. Mumps, Syphilis, Herpes zoster, Hirnhaut- oder gar Gehirnentzündung), Traumen (z. B. Schädel-Hirn-Unfall, Innenohr-Schädigungen, aber auch schädigende Lärmeinwirkung), Durchblutungsstörungen (Embolie = losgelöster Thrombus, d. h. Blutpfropf) sowie Gerinnungsstörungen, Hirnschlag, Gehirnblutungen u. a. Außerdem weitere, meist nicht entzündliche Erkrankungen: Multiple Sklerose, medikamentöse Schädigung, Morbus Menière, Autoimmunerkrankungen, Diabetes mellitus, Tumoren im Bereich von Felsenbein, Innenohr, Nerven u. a.

Nicht so selten wie man denkt, kann auch eine traumatische Trommelfell-Perforation (Durchlöcherung des Trommelfells) mit einem Hörsturz verwechselt werden. „Dramatische“ Beispiele: Sprung ins Wasser mit ungeschicktem Aufprall, Ball gegen das Ohr (Fußball, Handball etc.) und gezielter Aggressions-Akt, d. h. vor allem eine „Ohrfeige“. Auch bei schwerem Heben, Pressen auf der Toilette oder Tauchen kann es zu einer akuten Hörminderung kommen.

Wie verläuft ein Hörsturz?

Bei etwa der Hälfte der Fälle bessert sich der Hörsturz innerhalb von Tagen, bei Jüngeren schneller als bei Älteren. Die Heilungsaussichten sind umso bes-

ser, je früher eine fachärztliche Behandlung beginnt. Ansonsten stellen sich Hörstörungen im mittelfrequenten Bereich offenbar günstiger, im hochfrequenten ungünstiger.

Welche psychosozialen Aspekte werden diskutiert?

Patienten mit einem Hörsturz sollen nicht selten eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur erkennen lassen. Oft sehen sie sich offenbar ständig gemütsmäßigen Anspannungen und schwer lösbaeren oder zu Erfolglosigkeit verurteilten Lebensaufgaben ausgesetzt (Partnerschaft, Familie, Beruf). Einige riskieren aus verschiedenen Ursachen (Ehrgeiz) auch solche Überforderungsreaktionen und belastenden Ereignisse bzw. lassen sich provozieren.

Tritt zu einem solchen Dauerstress eine einschneidende Zusatzbelastung hinzu (Unfall, Erkrankung, berufliche oder familiäre Probleme), droht eine nicht mehr kompensierbare Überforderungs- und damit Erschöpfungs-Reaktion. So kommt es zum Hörsturz, auch als „vegetative Detonation“ bezeichnet.

Was kann man gegen einen Hörsturz tun?

Entscheidend ist eine umgehend fachärztliche Beratung und damit Diagnose bzw. Differentialdiagnose. D. h. welche Ursachen könnten diesen Hörsturz ausgelöst haben (siehe oben), auch wenn spontane Heilungsraten beschrieben werden bis zu 3 von 4 Betroffenen. Wichtigster Schritt: Ruhe (raus aus der alltäglichen Belastungssituation, konsequente Entspannung, u. U. Bettruhe, notfalls Klinikaufenthalt). Dauer: etwa ein bis zwei Wochen.

Meist empfiehlt sich auch eine medikamentöse Therapie zur Verbesserung der Mikrozirkulation (Blutkreislauf im Ohrbereich) und der Fließeigenschaften des Blutes. Ggf. hochdosierte Kortikosteroide. Bei krankhaften Veränderungen der Halswirbelsäule (mögliche, aber nicht grundsätzlich entscheidende, da insgesamt sehr häufige (Mit-)Ursache): Physiotherapie.

Die Ruhe und damit Entspannung scheint die wichtigste Unterstützungsmaßnahme zu sein. Parallel dazu oder etwas später die Aufarbeitung der zugrunde liegenden seelischen und psychosozialen Belastungen, ggf. suggestive und Hypnose-Verfahren.

Wesentlich für den langfristigen Heilungsverlauf ist eine Gesprächspsychotherapie, und zwar durchaus über den Hörsturz hinaus. Denn viele Betroffene machen - nachdem der „Warnschuss *Hörsturz*“ ausgestanden ist - so weiter wie bisher, mit allen Folgen, vor allem einer Rückfallgefahr. Doch wer mehrere Hörstürze über sich ergehen lassen muss, verbessert nicht gerade seine langfristigen Heilungsaussichten - und zwar nicht nur organisch (HNO-ärztlich),

sondern auch seelisch und psychosozial und damit letztlich partnerschaftlich, familiär und beruflich.

• **PSYCHOGENE HÖRSTÖRUNGEN**

Psychogene (rein seelisch bedingte) Hörstörungen sind sehr selten (nur wenige Prozent aller Hörstörungen). Meist handelt es sich um eine überwiegend doppelseitige und symmetrische(!) Schwerhörigkeit mittleren bis hohen Grades, deren seelische Ursachen dem Betroffenen nicht bewusst sind (was deshalb auch nicht als Simulation oder bewusste Täuschung interpretiert werden darf, wie es mitunter irrtümlich vorkommt). In Kriegs- und Krisenzeiten können seelisch bedingte Hörstörungen allerdings zunehmen. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht:

Was charakterisiert eine psychogene Hörstörung?

Kennzeichnend ist der Umstand, dass die psychogene Hörstörung vor allem in entsprechenden Situationen (z. B. Untersuchung) auftritt und bei normaler Unterhaltung oder beim Telefongespräch verschwindet. Auch lässt sich in der Vorgeschichte keine entsprechende Ursache feststellen. Lässt man den Betroffenen jedoch ganz allgemein über seine Lebenssituation berichten, häufen sich – neben dem Kummer über die Schwerhörigkeit – nicht selten auch andere Probleme: konkrete Befürchtungen, undefinierbare Ängste, Überforderung, zwischen-menschliche Schwierigkeiten (Partnerschaft, Familie, Beruf) usw.

Die Betroffenen halten sich - im Gegensatz zur erwähnten Simulation - selber für taub oder zumindest schwerhörig. Doch hat auch die psychogene Hörstörung einen psychologischen (konkret: psychodynamisch interpretierbaren) Sinn, nämlich dass nicht gehört wird, was nicht ertragen werden kann. Auf diese Weise werden (subjektiv) unerträgliche Belastungen verdrängt, gleichsam nicht gehört und damit nicht realisiert. Und man muss bzw. kann dann auch nichts dagegen tun - so die resignative Schlussfolgerung.

Dabei erbringen nicht wenige klassische Hörprüfungen „krankhafte Befunde“, bei aber gleichzeitig unauffälligem Unterhaltungs-Gehör. Beispiel: auffallend pathologisches Tonschwellen-Audiogramm bei gleichzeitig müheloser Unterhaltung mit dem Patienten. Es gibt aber auch Untersuchungsmöglichkeiten, die selbst eine psychogene Hörstörung festzustellen vermögen.

Was kann man gegen eine psychogene Hörstörung tun?

Bei einer psychogenen Hörstörung sollte man nicht versuchen, den Patienten auf seinen unauffälligen Organ-Befund festzunageln. Er simuliert nicht, d.h. er täuscht nicht bewusst etwas vor um irgendwelche Vorteile zu erlangen, er ist in Not, weshalb hier unbewusste Verdrängungsmechanismen den Ablauf bestimmen.

Es gilt also vorsichtig darauf hinzuweisen, dass nicht alle Untersuchungsmethoden einen eindeutig krankhaften Befund ergeben haben. Deshalb empfehlen sich Kontrollen, die wiederum die Möglichkeit des intensiveren Kontaktes bieten, je nach Einzelfall. Dort sollte man sich dann langsam an die meist psychosoziale (Not-)Lage heranarbeiten, was nicht selten zu einer Entlastung und damit Hör-Verbesserung, wenn nicht gar Genesung führt.

Ansonsten einen Psychotherapeuten hinzuziehen, was sich besonders bei psychogenen Hörstörungen im Kindes- und Jugendalter empfiehlt.

• ANHANG: OHRWURM – WAS IST DAS?

Ohne eine Verbindung zu den vorangegangenen Hörstörungen konstruieren zu wollen, soll in diesem Zusammenhang noch auf eine harmlose „Hörstörung“ hingewiesen werden, die erstens zumeist keine Störung und zweitens gar nicht so selten ist: gemeint ist der „*Ohrwurm*“. Was hat es damit auf sich?

Ohrwürmer sind wohl ebenfalls so alt wie die Menschheit. Leider lassen sie sich bisher trotzdem weder neuro- noch musikwissenschaftlich befriedigend erklären. Populär gesprochen handelt es sich offenbar um eine Art „Selbsterhaltungs-Programm“ des Gehirns. Da sollte man sich dann auch in einem entspannten Wachzustand befinden, d. h. nicht einmal durch Nachdenken zu sehr strapaziert sein, um sich über gängige Melodien die Langeweile zu vertreiben oder in gelöste Stimmung zu versetzen. Kurz: wohliger Leerlauf mit Unterhaltungswert.

Allerdings kennt man auch Phasen der Überforderung, in denen (bestimmte?) Ohrwürmer zur Entspannung beitragen. Auslöser im Gehirn scheinen jene Regionen zu sein, die auch sonst für Kreativität zuständig sind. Deshalb nicht nur Beruhigung, sondern gelegentlich sogar Anregung auf Musik-Ebene.

Und wen betrifft es? Nach Ansicht der entsprechenden Experten fast jeden, vor allem aber mit einer spezifischen Empfänglichkeit für Musik. Es gibt aber auch eine (nicht näher konkretisierbare) Zahl an Menschen, die öfter von Ohrwürmern berichten. Die scheinen dann eher musikalisch aktiv oder zumindest passiv-empfindlich zu sein. So berichten beispielsweise Chormitglieder nach einem Proben-Wochenende besonders oft von Ohrwürmern, im Gegensatz zu Mitmenschen, denen Musik nur wenig bedeutet.

Welche Lieder (oder Musikstücke) laufen nun häufiger über diese Dauerschleife im Gehirn? Da gibt es offenbar Hit-Listen, die sich aber überwiegend auf populäre Songs beziehen. Letztlich dürfte es sehr individuell sein, wer was scheinbar im Ohr, in Wirklichkeit im Gehirn spielen lässt. Klassiker sind seltener, wenn wohl auch eher auf eine spezifische „Klientel“ konzentriert, eben je nach musikalischer Präferenz: vokal oder instrumental (und hier je nach Blas-, Saiten- und Tasteninstrumenten).

Manchmal sind es auch nur Melodie-Fragmente, also melodisch besonders eingängige oder berührende Melodie-Abschnitte. Meist folgt man aber dem, was in der derzeitigen eigenen Kultur musikalisch gängig ist. In der westlichen Welt beispielsweise mit ansteigender oder abfallender Tonhöhe (oft in Kinderliedern), doch können es auch unerwartete Intervall-Strukturen, ja Gegröle sein, selbst mit Sprüngen und ungewöhnlichen Wiederholungen. Es geht wohl letztlich weniger um den melodischen Anteil, mehr um die Mischung aus Vertrautheits- und Überraschungseffekt, der am ehesten „ins Ohr“ und von dort nicht mehr raus geht (obgleich er dort ja gar nicht lokalisiert ist - s. o.).

Leider ist man auf diesem Forschungs-Gebiet noch nicht so weit gekommen. Hier spielen nämlich nicht nur biologische oder psychologische Aspekte, sondern auch Modeströmungen, Songtexte, die Stimme des Interpreten, vor allem eigene Gefühle, Erinnerungen, spontane Gedanken, kurz: die aktuelle Stimmungslage eine Rolle.

Kann man etwas dagegen tun? Die Frage lautet eher: Muss man etwas dagegen tun? In der überwiegenden Mehrzahl nicht. Es ist ja auch kein krankhaftes Phänomen, selbst wenn bisweilen befürchtet wird, hier könnte es sich um akustische Halluzinationen im Rahmen einer ausbrechenden Psychose handeln. Manche Ohrwürmer können sich aber auch länger im Ohr bzw. in den entsprechenden Gehirn-Strukturen einnisten. So gibt es sogar Dauer-Ohrwürmern, bei denen entsprechende Befürchtungen durchaus ernster genommen werden. Hier kann also ggf. eine fachärztliche Abklärung durch Neurologen und Psychiater nicht schaden, dürfte aber wohl zumeist mit einer gewissen Ratlosigkeit enden, selbst dort.

Ein Therapie-Vorschlag, den man sich allerdings merken sollte, lautet (R. Kopez): „Das Lied bis zum Ende durchhören, damit sich das Gehirn aus der Endlos-Schleife befreien kann. Oder zu Nüssen oder Kaugummi greifen. Kauen unterbindet das „innere Mitsingen“.“

LITERATUR

Zahlreiche Fachbücher und wissenschaftliche Publikationen, inzwischen auch zunehmend allgemeinverständliche Artikel und Sachbücher.

Grundlage vorliegender Ausführung sind folgende, auch ältere Beiträge:

Biesinger, E.: Die Behandlung von Ohrgeräuschen. Was Tinnitus-Patienten das Leben leichter macht. Trias-Verlag, Stuttgart 1996

Deter, H.-C. (Hrsg.): Angewandte Psychosomatik. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Goebel, G.: Ohrgeräusche - psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz-Verlag, München 1992

Hallam, R.: Leben mit Tinnitus. Wie Ohrgeräusche erträglicher werden. Quintessenz-Verlag, München 1994

Kellerhals, B.: Tinnitus-Hilfe. Karger-Verlag, Basel 1996

Richtberg, W.: Was Schwerhörigkeit bedeutet. Kind, Großburgwedel 1990

Richtberg, W.: Vom Zuhören zur Begegnung. In: H.-J. Bochnik, W. Oehl (Hrsg.): Begegnungen mit psychisch Kranken. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels 2000

Richtberg, W.: Psychische und soziale Folgen von Schwerhörigkeit. In: Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena-New York 1996

Richtberg, W., K. Verch (Hrsg.): Hilfen für Hörgeschädigte. Academia-Verlag, St. Augustin 1993

Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996

Weitere Informationen durch

Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL): Internet: www.tinnitus-liga.de
mit Sitz in Wuppertal