

# **Klinisch-Psychologische Forschung im Kontext funktioneller Hörstörungen – Ein qualitatives Modell mit dem sozialempririschen Ansatz der *grounded theory***

Von

Herrn Dipl.-Psych. A. Elbina,  
Herrn Dr. med. M. Nieschalk und  
Herrn Prof. Dr. med. W. Stoll

## **Zusammenfassung**

Im vorliegenden Beitrag wird eine bisher im Bereich der medizinisch-psychologischen Tinnitusforschung, -beratung und -therapie (Übersichtliteratur: Feldmann, 1992, Göbel, 1992, Vernon, 1998) kaum rezipierte interdisziplinäre Perspektive eingesetzt: die Verflechtung der empirisch qualitativen Forschungsmethodik des *grounded theory Ansatzes von Anselm Strauss* (Strauss, 1991, Strauss & Corbin, 1996), auf der Ebene der Forschungsmethodik, mit dem *Systemischen und Lösungsorientierten Kurzzeittherapie-Ansatz* (Ludewig, 1992; De Shazer, 1989; Schweizer & Schlippe, 1996; Mücke, 1998, 1996; Schiepek, 1999). Beide Ansätze rücken die Subjektivität und natürliche Kompetenz des Menschen und die Relativität bzw. die Perspektivenabhängigkeit von Realitätskonstruktionen und “Wirklichkeiten“ menschlicher Wahrnehmungsprozesse in den Fokus ihrer Vorgehensweise. Vor diesem Hintergrund werden Erfahrungen mit TinnituspatientInnen der sog. “*Psychologisch orientierten Tinnitusprechstunde (Tinnitusambulanz)*“ einer HNO-Klinik (Uni-Münster) ausgewertet und zu einem qualitativen Bewältigungsmodell zusammengefasst. Anschließend werden Möglichkeiten der praktischen Umsetzung und Relevanz der gewonnenen qualitativen Beobachtungen und Ergebnissen für die Alltagspraxis der klinischen Intervention diskutiert. Der Beitrag schließt mit zwei exemplifizierenden Fallspielen ab.

## **Schlüsselwörter**

Klinisch-Qualitative Forschung, Tinnitus- Bewältigungsprozesse

## **Einleitung**

Perspektiven der empirisch qualitativen Forschung bleiben z.Z. im Kontext der Beschäftigung mit dem Phänomenkomplex *Tinnitus* noch unrezipiert. Demgegenüber lassen sich im Kontext institutionalisierter Hilfe für die Betroffenen Forschung mit Beratung/Therapie durchaus interdisziplinär (medizinisch und psychologisch) erfolgreich und nützlich verbinden. Ein beispielhafter Erfahrungsrahmen könnte hier diese sich noch in den Anfängen befindende interdisziplinäre Pilotstudie, bei der Psychologen, experimentelle Audiologen, klinische Audiologen und Fachärzte der Hals, Nasen- und Ohrenheilkunde in der Universität Münster zusammenarbeiten, darstellen. So fordern zurecht Autoren wie etwa Jacobi und Poldrack für den Bereich Klinisch-Psychologischer Forschung „mehr Präsenz“ (Jacobi & Poldrack, 1999, S.3) und Repräsentanz des *qualitativen Forschungsstils* (Breuer, 1996). Auf diese Weise entstanden und entstehen zunehmend auch Forschungsarbeiten, die – im Rahmen qualitativer Psychotherapieforschung trotz methodisch-qualitativer Schwerpunktsetzung – doch um „die Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren“ bemüht sind (Mruck & Mey, 1999, S.193). Diese teilen die Auffassung Jacobis und Kosfelders, daß „die Erforschung komplexer Phänomene (per se immer einen) methodologischen Pluralismus erfordert“ (Jacobi & Kosfelder, 1999, S.251). Gerade für die Untersuchung eines komplexen Geschehens wie der Tinnitus scheint die Einbeziehung qualitativer Untersuchungsmethoden, trotz ihrer relativ jungen Geschichte, nicht nur sinnvollerweise eine Forschungslücke zu schließen, sondern vielmehr einen primordialen *perspektivischen, methodischen und interdisziplinären Pluralismus* zu ermöglichen und zu kultivieren.

## **Qualitative Sozialforschung und ihr Sinn in der medizinpsychologischen Tinnitusforschung**

Es ist lohnenswert, gerade bei einem hoch komplexen Geschehen wie bei den sog. funktionellen Hörstörungen (Tinnitus, Hörsturz, Hyperakusis bzw. Lärmempfindlichkeit, nicht organisch bedingter Schwindel u.s.w.), forschungsmethodisch, neben den quantitativen Vorgehensweisen, auch eine *qualitative Perspektivenerweiterung* auszuwählen. Qualitative Methoden zielen darauf, ein möglichst tiefes und *subjektnahes Verständnis* der Untersuchungsphänomene aus einer entsprechend adäquaten *Binnen-Perspektive des Betroffenen heraus* zu realisieren. Dabei bedeutet „Subjektivitätsorientierung“ keineswegs ein einseitiges „einbahnstrassenartiges Eindringen“ etwa des Forschers bzw. des Therapeuten in die Welt des Gegenübers (als Patient oder im Interview befragter Gesprächspartner, vgl. hierzu Buchholz & Streeck, 1999). Mittel, Ort

und Basis hierfür ist die von den Beteiligten *gemeinsam hergestellte interpersonale Realität*. Kommunikationen, Inhalte, Anamnese-Daten, Behauptungen, Beschreibungen, Beobachtungen, Transkriptionen, Interpretationen usw., kurzum: "all das, was einen Sozialforscher oder einen Therapeuten/Berater interessieren kann bzw. von ihm wissenschaftlich konstruiert werden kann" sind daher prinzipiell als *kontextrelative interaktive Erzeugnisse* aufzufassen und zu deuten. Die Grundidee, aus der ein solches Konzept entspringt, fühlt sich den Paradigmen der Konstruktionen zweiter Ordnung (Foerster, 1981, 1988) verpflichtet. Hierauf basierend besagt das Konzept der *kontextrelativen, interaktiven Erzeugnisse*, daß wir als "Berater", "Beobachter", "teilnehmender Beobachter", "Forscher", "Feldforscher" u.ä. keine Realität im objektiven-objektivierenden Sinne "in sich" oder "an sich" erfahren, sondern, daß wir vielmehr unsere eigenen, wie auch immer theoretisch gearteten *Konstruktionen über Konstruktionen* (sog. (Re)Konstruktionen zweiter Ordnung) von anderen Menschen, wie sie wiederum sich und ihre Welt konstruieren, bauen und modellieren, indem wir uns auf ein systemisch komplexes und vielseitiges (Zusammen-) "Spiel", nämlich *die Inter-Aktion*, einlassen. Die Diskursivierung der hier gemeinten Psycho-Sozio-Phänomene zwischenmenschlicher Realitätsgenerierungen mit der Kategorie der *Erzeugnisse* soll an den Umstand erinnern, daß zwischen dem "Erzeugten" (z.B. eine Gesprächstranskription oder eine Interpretation) und den an dem Prozeß des Erzeugens beteiligten "Erzeugern" (etwa zwischen dem Therapeuten bzw. Forscher und dem Patienten bzw. Interviewpartner) stets eine bestimmte historisch-räumliche komplexe Beziehung besteht, die für die Art und Form des Outputs zentral und *konstitutiv* ist. Wissenschaftstheoretisch korrespondiert ein solcher Darlegungsstil mit einer eher bescheidenen Grundhaltung, daß man bestenfalls *Geschichten über Geschichten* - bzw. Metageschichten mit bestimmten wissenschaftlich, historisch, gesellschaftlich, kulturell bedingten und daher- (wie es z.B. Thomas Kuhn, für die geschichtliche Dynamik der Entstehung und die spätere Relativierung von Theorien und wissenschaftlichen Revolutionen eindrucksvoll beschrieben hat; Kuhn: ua. 1976) variierenden Diskursregeln und Wahrheitsspielregeln,- (re) konstruieren kann. Mit anderen Worten: Die hier berichteten Erfahrungen und Beobachtungen sind letzten Endes auch Geschichten *über* die Geschichten von Tinnituspatienten und ihre jeweiligen konkreten individuellen Patientenkarrieren, die sich im Stil einer qualitativen Betrachtungs- und Erzählungsart beschreiben lassen - nennen wir sie nun ruhig: qualitative Meta-Narrationen - . Und weil diese Metageschichten bzw. Meta-Narrationen einem bestimmten konkreten institutionellen Kontext entsprungen sind, wird dieser Rahmen für ihr Verständnis, ihren Nachvollzug und die Beurteilung von Fragen *ihrer Realität* und Gültigkeit

unentrinnbar notwendig bleiben. Die *institutionelle Bedingtheit* und *Kontextrelativität* von gewonnenen Beobachtungen und durchgeführten Interventionen wird somit paradigmatisch deutlich hervorgehoben. Buchholz (1993, S.149) bringt das hier angedeutete Selbstverständnis dynamischer und prozessualer Wege des Erkenntnisgewinns auf den Punkt und benennt den entsprechenden funktionalen Gewinn eines solchen Paradigmenwechsels folgendermaßen:

„Sich institutioneller Kodetermination bewußt zu sein, übernimmt die Funktion eines kritischen Realismus gegenüber manchen Forschungsfiktionen. Soweit empirische Psychotherapie-Forschung der Vorstellung anhängt, eines Tages werde man kontextfreie Ergebnisse - z.B. über bestimmte Patientengruppen, über Krankheitseinheiten oder über therapeutische Maßnahmen - bekommen, verfolgt man eine irrealen, weil abstrahierende Idealfiktion. Tatsächlich begegnen sich Therapeuten und Patienten immer in einem institutionellen Kontext mitlaufender Verweisungen und Bedeutungsgebungen, und diesen Kontext aus einem Forschungsprogramm auszublenden, perpetuiert die >> soziale Unbewusstheit << (Erdheim, 1982) der alltäglichen Praxis“ (Buchholz, 1993, S.157).

So betrachtet, auch wenn im folgenden abstrahierend von der Existenz eines mehr oder weniger prototypischen Phasenmodells der Tinnitusbewältigung die Rede ist, geht es viel weniger um den Nachweis einer “Realität an sich“ als viel mehr darum, auf der Basis von quantitativen und qualitativen alltagsklinischen Beobachtungen und Erfahrungen, *Beobachtungsraster und nützliche Reduktionismen* (i.S. von aufeinander bauende/folgende *Phasen*) mit möglichst hohem *klinisch-heuristischen Wert* zu entwickeln und den Einsatz für die Therapie/Bewältigung zu versuchen. Bevor allerdings auf Aspekte der psychologischen Bedeutung der Tinnituserfahrung für die betroffenen Patienten und der Darstellung des o.a. Phasenmodells der Tinnitusbewältigung eingegangen wird, werden zunächst einige Rahmencharakteristika der o.a. institutionell bedingten Erfahrungen behandelt (etwa die globale Rahmenbedingungsstruktur, der tägliche institutionelle Ablauf der Tinnitus- und Hörsturzambulanz, das Verhältnis des medizinischen und psychotherapeutischen Konzeptes und seine Auswirkung auf die Betroffenen) und das methodische Vorgehen des Forschungsprojektes erläutert.

### **Vorstellung des interdisziplinären Forschungsteams und Phasen des Forschungsprozesses**

Ausgehend von der Erkenntnis und der Erfahrung, daß es im Kontext institutionalisierter Hilfe (etwa eine Klinik bzw. ein Krankenhaus) sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ein Forschungsbestreben sehr nützlich ist, Forschung *mit* Beratung bzw. Therapie medizinisch *und* psychologisch interdisziplinär zu *verbinden*, wurde in der Universität Münster vor zwei Jahren, unter der Leitung des Klinikdirektors Herrn Prof. Dr. Wolfgang Stoll, eine interdisziplinäre

Pilotstudie zum Thema “Tinnitus aus qualitativ-methodischer und systemisch-therapeutischer Sicht“ ins Leben gerufen. Den Rahmen der in dieser Arbeit berichteten ersten Erfahrungen bzw. *ersten Ergebnisse* stellt also hier eine sich noch in den “Anfängen“ befindende interdisziplinäre Pilotstudie, bei der systemisch arbeitende Psychologen bzw. Psychotherapeuten, experimentelle Audiologen, klinische Audiologen, Phoniater/Pädaudiologen und Fachärzte der Hals, Nasen- und Ohrenheilkunde in der Universität Münster zusammenarbeiten. Das hier zugrundeliegende Forschungsprojekt befindet sich im Moment in seiner zweiten Phase; grob betrachtet läßt es sich allerdings insgesamt in fünf großen Phasen einteilen:

**Forschungsphase I:** Feldannäherung, Qualitative Datensammlung und erste Auswertung (siehe den nächsten Absatz), Entwicklung einer *ersten qualitativen Analyse, Kontrastierung und Systematisierung* von:

1. kontextuellen Rahmenbedingungen (siehe das Modell über das Makro-Bedingungsgefüge des Forschungsprozesses) bzw. von
2. Klinisch häufigen Bewältigungsmustern der Patientienstichprobe (vgl. u.: das Bewältigungs-Phasenmodell). Die, in dieser ersten Phase gewonnen qualitativ-phänomenologischen Einsichten, qualitativen Beobachtungen und Ergebnisse stellen im laufenden Forschungsprozeß die Basis der in diesem Aufsatz präsentierten ersten vorläufigen Feldbeschreibung und -systematisierung.

**Forschungsphase II:** Entwicklung und Erprobung von quantitativen Datenerhebungs- und Evaluationsinstrumenten (vgl. u. den S.F.T.W.B-E.2000, den S.F.H.W.V-E.2000 und die M.E.S.S.I-E.2000) unter Einbeziehung der qualitativen Beobachtungen und der ersten qualitativen Beobachtungen und Auswertungen.

**Forschungsphase III:** Einsatz und Durchführung der quantitativen ergänzenden Datenerhebungs- und Evaluationsinstrumenten (N>1000) und systematische Evaluation.

**Forschungsphase IV:** Systematischer Vergleich bzw. systematische Differenzierung und Integration der qualitativen *und* quantitativen Ergebnisse.

**Forschungsphase V:** Abschließende Analyse, Gesamtbewertung und Diskussion der möglichen therapeutischen und wissenschaftlichen Konsequenzen und Implikationen der gewonnen Ergebnisse.

### **Vorstellung der Methodik**

**Erhebungsverfahren:** Um möglichst eine einerseits ökologisch valide als auch natürliche und vielfältige Gegenstandsuntersuchung anzunähern, wurde nach dem Prinzip der *Triangulation* - Kombination von mehreren Techniken und Methoden zur umfassenden Untersuchung eines

Phänomens - (Denzin, 1970, 1978; Köckeis-Stangel, 1980) eine Verschränkung von verschiedenen Techniken favorisiert.

**Teilnehmende Beobachtung:** Die teilnehmende Beobachtung ist eine grundlegende empirische Vorgehensweise aus dem Fundus qualitativer Sozialforschung und Feldforschung (Grüner, 1974; Lamneck, 1989). Sie erfordert vom Forscher eine *situationsbedingte prozessuale Oszillation* zwischen den unterschiedlichen *Rollen* der zu untersuchenden Phänomenwelt (hier die institutionelle Alltagswelt, die für das Phänomen Tinnitus und seine Perzeption relevant ist) und dem Grad der jeweiligen situativen kognitiv-emotiven Involviertheit. Es ist eine sich teils ergänzende, teils relativierende Beobachterstandsartbestimmung; zwischen dem “complete observer, observer as participant, participant as observer, and complete participant“ (Atkinson, Hammersley, 1994, S.248). Ein Vorteil dieser Methode betrifft den Umstand, daß das interdisziplinäre Forschungsteam (Psychologen, Ärzte, Audiologen) nicht nur über mehrjährige Erfahrungen mit dem Phänomen Tinnitus und den Betroffenen und den Angehörigen verfügt, sondern *per se* bzw. a priori unterschiedliche Beobachtungsstile, -tiefen und -dimensionen mit sich bringt, die eine konstruktive Vielfalt im Prozeß des Verstehens und Beobachtens ermöglicht. Die regelmäßigen Institutionsrituale (etwa “die Chefvisiten“, Übergaben, Fallbesprechungen, Wochenbesprechungen, Patientenvorstellungen, Fortbildungsveranstaltungen, Supervisions-sitzungen und Teambesprechungen etc.) bilden ein verlässliches Forum für die Problematisierung bzw. Schärfung selbstreflexiver Kommunikation und Perspektivenwechsel.

**Qualitative Interviews:** Das Verfahren der teilnehmenden Beobachtung läßt sich in zuträglicher Weise mit Befragungstechniken kombinieren. Eine Reihe von *themenfokussierten Interviews* (ausführlicher zum sog. *focussed interview* etwa Merton & Kendall, 1956, 1984) führen nützlicher Weise hier deutlich zu verschiedenen und unterschiedlichen Phänomenen-schwerpunkten und Befragtenperspektiven (Betroffene, behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten, Pflorgeteam etc.) etwa zu folgenden Fragenrichtungen:

#### **Die Betroffenenperspektive**

“Welche individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Erfahrungen/Herausforderungen habe ich als Betroffener bisher mit meinem Tinnitus durchgemacht?“,

“Wie gehe ich mit meinem Tinnitus um?“,

“Welche biographische Bedeutung hatte/hat das Ereignis Tinnitus bei mir eingenommen?“,

“Welche Form von Hilfe verspreche ich mir bei medizinischen und/oder psychotherapeutischen Maßnahmen?“,

“Gibt es eventuell Energien, Ressourcen, Potentiale etc., die durch Tinnituserfahrung blockiert/freigesetzt werden?“

Was half/hilft bisher individuell gegen /den Tinnitus?“

### **Die Helferperspektive**

“Welche Erfahrungen habe ich als Helfer mit Betroffenen und/oder Angehörigen gesammelt?  
 “Was glaube ich anhand dessen an Implikationen/Empfehlungen usw.für Diagnostik, Therapie und Forschung daraus ableiten zu können?“

### **Die soziale, mediale und gesellschaftliche Perspektive (Repräsentationssysteme) etwa:**

“Was stellen Sie sich als nicht unmittelbar Betroffener unter Tinnitus/Tinnituspatient vor?  
 “Was verbinden Sie mit dem Phänomen Tinnitus? Liegen vielleicht mittelbare Erfahrungen vor, durch Freunde, Angehörige, Bekannte oder Medien o.ä.?“

**Klinische Kasuistiken und Einzelfallstudien:** Durch die intensive Betrachtung des Einzelfalls wird es möglich, das systemische Zusammenspiel von mehreren Ebenen und Faktoren darzustellen, zu veranschaulichen und dementsprechend neue Arbeitshypothesen, etwa zu einem typischen Bewältigungsablauf *bottom up* zu *generieren*. Bereits an dieser Stelle des Forschungsprozesses setzt der hier favorisierte methodische Auswertungsansatz, nämlich die von Anselm Strauss (1991) bzw. Strauss & Corbin (1996) entwickelte Methode der *grounded theory* durch die Anwendung der sog. *Strategien des theoretical samplings* an: die Wahl der nächsten empirischen Analysestichprobe wird an den prozessualen Fortgang der Theorieentwicklung durch die fortlaufende Bildung von hochinformativen *qualitativen Kontrasten* bis zur sog. *Sättigung* der (somit dynamisch-dialektisch fortlaufend immer wieder aktualisierten) Theorie, d.h. bis zu dem Punkt, in dem die Untersuchung von neuen Fällen keine qualitativ neue Information für den Fortbestand der Analyse mehr erbringen. Mit anderen Worten: es wird immer wieder nach der Beendigung einer Analyseeinheit, je nach Erkenntnisstand und Ergebnis, erneut gefragt: welchen anderen bzw. neuen Fall nehme ich mir als nächstes vor, um einen interessanten bzw. weiterführenden und wesentlichen Kontrast zu dem bisherigen Analysesstand zu bilden (sowohl im Sinne einer Falsifikation als auch in der Gestalt einer Verifikation und Korrektur des bisherigen Analysestandes). Das Theoretical Sampling erlaubt nicht nur die Bildung von Stichproben-Kontrasten nach den gängigen Variationen (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status u.ä.), sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit einer “kategorialen und inhaltlichen Kontrastierung (z.B. zwischen einer “eher kompensierten“ und einer “weniger kompensierten“ individuellen Bewältigungs-Geschichte, vgl.u.).

**Schriftliche Befragung (Fragebögen-Erhebungen):** Alle bisher mit den unterschiedlichen Techniken und Methoden und aus unterschiedlichen Kontexten und Perspektiven gesammelten und zusammengetragenen Erfahrungen bilden eine geeignete qualitative Basis und Ausgangsposition für die Entwicklung von quantifizierenden ergänzenden Techniken. Gerade entwickelt sind hier drei Instrumente zur Datenerhebung und –auswertung: ein *Systemischer*

*Fragebogen zur Tinnituswahrnehmung und -bewältigung*; der sog. S.F.T.W.B-E.2000, ein *Systemischer Fragebogen zur Hörsturz-wahrnehmung und -Verarbeitung*; der sog. S:F.H.W.V-E.2000 und schließlich die *Münsteraner Evaluations-Skalen für Systemische Interventionen*; die M.E.S.S.I-E.2000, zur Evaluation der individuellen Zufriedenheit mit dem Beratungs- bzw. Therapieangebot und des Bewältigungsfortschritts (die Befragungszielgruppe wird voraussichtlich mehr als 1000 behandelte PatientInnen umfassen).

**Protokollierung von alltagsinstitutionellen und sonstigen Feldnotizen:** Nicht selten, wie man es wohl von jedem erfahrenen Feldforscher wohlweislich zu hören bekommt, wird nicht das gesamte Daten- und Informationsmaterial, das für ein tiefes und umfassendes Verständnis eines zu untersuchenden systemisch komplexen Phänomenkomplex relevant ist, in verbal geordneter unmittelbarer Form dem fleißigen Forscher mitgeteilt. Seither spielt das tendenziell eher *akzidentelle Datenmaterial* eine nicht zu unterschätzende Rolle (Nebenbeigespräche, Flurgespräche etc. zwischen zwei Patienten oder zwei Helfern oder zwischen einem Angehörigen und einem Betroffenen, Telefonate mit überweisenden Ärzten/ Psychologen/ involvierten Verwaltungssachbearbeitern/ Krankenkassen-zuständigen für den Einzelfall u.ä). In diesem Zusammenhang wurden/werden regelmäßig diese eher zufällig bzw. natürlich entstandenen Beobachtungen und Eindrücke je nach geschätzter Relevanz auf ein Diktaphon oder als Feldnotiz protokolliert. Zu diesen eher akzidentellen Protokollierungen kommen auch Protokollierungen und Feldnotizen von Erfahrungen/Eindrücken/Gesprächen, die weniger zufällig entstanden sind (etwa aus entsprechenden medizinischen, psychotherapeutischen Kongressen und Fortbildungen, aus eigenen Lehrveranstaltungen und Vorträgen, aus Wochenbesprechungen, schriftlichen Akteneintragungen, Briefwechsel usw.). Schließlich findet in diesem Zusammenhang auch die Kollektierung und Protokollierung von anekdotischem Material und Nebenbei-Gesprächen, im privaten Kommunikationskontext, Zeitungsberichten, Radio- und Fernsehsendungen u.ä. Berücksichtigung.

### **Auswertungsverfahren**

Das Vorgehen bei der Datenauswertung orientiert sich an dem vom prominenten nordamerikanischen Sozialwissenschaftler und Methodenforscher Anselm Strauss entwickelten und vielerorts zitierten methodischen Ansatz der *grounded theory* (Im deutschen übersetzbar als: *gegenstandsbegründete Theoriebildung*). In den Strauss'schen Arbeiten (Strauss, 1991, Strauss & Corbin, 1996) ist das genaue technische Vorgehen schrittweise in hervorragend präziser und didaktisch nützlicher Form entwickelt und daher sehr erfolgreich in der methodischen

Forschungswelt (vgl. z.B. Breuer u.a.1996) rezipiert worden. Zentrale Prinzipien der *grounded theory* liegen in einer möglichst großen Offenheit/Unvoreingenommenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand (bzw. gegenüber “all dem, was in den Daten selbst steckt“) und in der dialektischen systemischen Prozessualität des methodischen Vorgehens. Ziel des ganzen ist die Entwicklung einer *gegenstandsbezogenen Theorie* durch die *prozeßhafte* Abwechselung von *induktiven* und *deduktiven* Analyseschritten. Dabei wird eine permanente Einbettung der Selbstreflexivität des Forschers in dem Forschungsprozeß gefordert und möglich gemacht. Kernstücke der Methode bilden die aufeinanderaufbauenden Strategien des *offenen, axialen und selektiven Kodierens* (genauer: Strauss 1991, Strauss & Corbin, 1996), die zur *Emergenz*<sup>1</sup> eines kategorialen Netzes für das Verstehen des Untersuchungsphänomens führen. Besonders hilfreich war und ist das von Strauss & Corbin entwickelte *Kodier-Paradigma*: Es „verlangt die Einbettung eines empirischen Phänomens in folgendes konzeptuelles Kontingenzgefüge: (a) kausale Bedingungen -> (b) Phänomen -> (c) Kontext -> (d) intervenierende Bedingungen -> (e) Handlungs-/Interaktionsstrategien -> (f) Konsequenzen“ (Breuer u.a.1996, S.149f.). Darüber hinaus spielt, gerade in den Anfängen des Forschungsprozesses, die Entwicklung der verschiedenen Ebenen (Gesundheitspolitik, Institution, Medien, individuelle Bewältigungstypen usw.) strukturierende sog. *Bedingungsmatrix* (Strauss 1991, Strauss & Corbin, 1996) zur Lokalisation des *makrostrukturellen Bedingungsgefüges* des Untersuchungsphänomens eine große Rolle (siehe Abbildung 1).

---

<sup>1</sup> Das grundlegende *Emergenzprinzip* verlangt von dem Forscher die Kompetenz zur Zurückstellung und Reflexion von meistens voreiligen Interpretationen und Propositionen, um eine möglichst datenbasierte bzw. “gegründete“ (im Sinne von *grounded*) und daher phänomentreue und valide Beschreibung und Analyse zu erreichen.

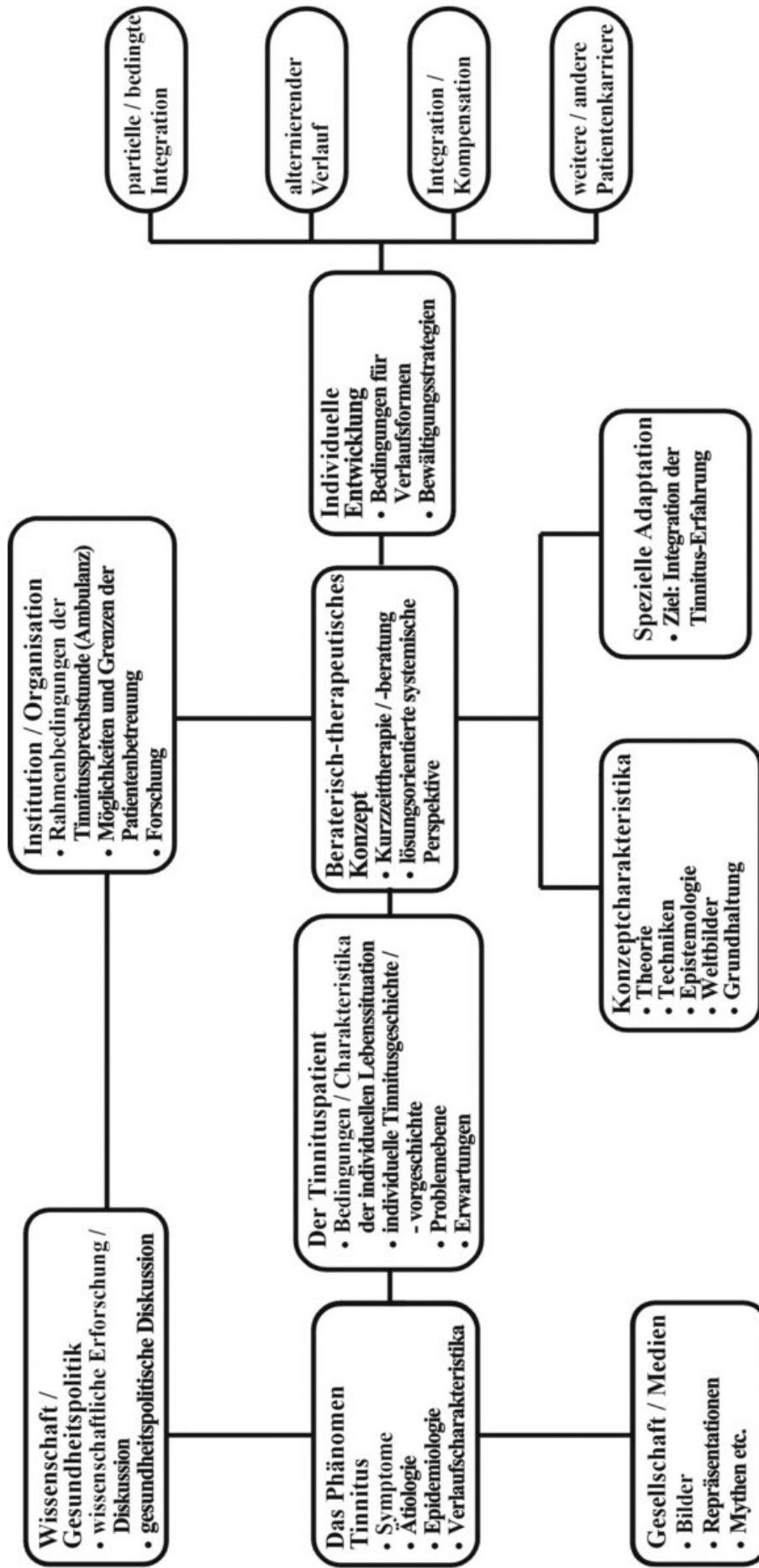


Abb. 1 Bedingungsgefüge: ein qualitatives Kontextualisierungsmodell der Untersuchungsphänomene und der ersten klinischen Beobachtungen

## **Bedingungsgefüge: ein qualitatives Kontextualisierungsmodell der Untersuchungsphänomene und der ersten klinischen Beobachtungen**

Für den hier konkret zur Diskussion stehenden institutionellen Kontext sind also zunächst, aus einer makrostrukturellen und gesamtgesellschaftlichen Ebene heraus betrachtet, eine Reihe von Bedingungen und Ebenen ausdifferenzierbar, die das gesamte Geschehen mitbestimmen (siehe Abbildung 1). Ein qualitatives Bedingungsmodell zur Kontextualisierung der Institution "Tinnitusprechstunde" (Tinnitusambulanz) zeigt schematisch und grob die systemisch komplex miteinander verbundenen Ebenen unserer therapeutisch-beraterischen interdisziplinären Arbeit und den hier angedeuteten Handlungs- und Erfahrungshintergrund auf. Dabei wird zwischen mindestens acht Ebenen unterschieden (s.Abb.):

- Die Ebene: Wissenschaftsbetrieb und Gesundheits-Politik (die wissenschaftliche Erforschung/Diskussion, die gesundheitspolitische<sup>1</sup> und ökonomische Dimension des Tinnitus; etwa 8 Millionen Betroffene in Deutschland)
  - Die Ebene: Gesellschaft und Medien, wo bestimmte Prototyp-Bilder, Metaphergenres, Repräsentationen, Mythen etc. über das Phänomen Tinnitus oder Hörsturz nach einer eigenständigen Dynamik kursieren; Medieninteressen; Sensationspresse usw.
  - Die Ebene: Institution und Organisation (eine universitäre HNO-Klinik), ihre Möglichkeiten, Ressourcen, Grenzen, Interessen usw.
  - Die Ebene der "Institution in der Institution", nämlich die Tinnitusambulanz, mit ihrem institutionell-hierarchisch bestimmten Ort (als Psycho-Teilinstitution innerhalb der übergeordneten stark somatisch-operativ orientierten Medizin-Institution, mit einem bestimmten „Heil- und Forschungsauftrag“ (Nitzschke, 1994), mit einer bestimmten Form der Zusammenarbeit zwischen bestimmten Experten: Ärzten, Psychologen, experimentellen Audiologen usw.
  - Die Ebene des dort praktizierten Kurzzeittherapieansatzes, mit einer bestimmten Menschensicht, Grundhaltung, Hintergrundtheorie, mit bestimmten Techniken, Instrumenten, Chancen und Grenzen usw.
  - Die Ebene des Phänomens: der Tinnitus als medizinisch erfaßbares Symptom, mit einer bestimmten Verlaufsformtendenz, Epidemiologie, bestimmten Physio-Charakteristika usw.
  - Die Ebene des Tinnituspatienten/Ratsuchenden, mit Bedingungen, Charakteristika seiner individuellen Lebenssituation bzw. Vorgeschichte, mit seiner bisherigen Tinnituspatienten-Karriere, mit seinem aktuellen, problemspezifischen Anliegen, mit Verweisungen, Attributionen, Erwartungen, mit Vorstellungen über Therapeuten, Experteninteraktionen usw.
-

- Die Ebene der jeweiligen konkreten (faktisch postberaterischen) Entwicklung des Patienten *mit* seiner Tinnitus-symptomatik ("draußen in der Nicht-Beratungs-Welt"), wo man zumeist erst retrospektiv die Frage nach den konkreten Verlaufsbedingungen, die diesen oder jenen (weiteren) Verlauf letzten Endes tatsächlich begünstigt haben könnten, stellen kann. Die beobachteten Verlaufsformen werden hier in vier Obergruppen (auf die weiteren Unterteilungen wird hier aus Platzgründen verzichtet) unterteilt:

a- eine *partielle* bzw. *bedingte Integration* der "Tinnitus-Erfahrung"<sup>2</sup>, in der das individuelle Bewältigungskonzept an bestimmte biographische Bedingungen geknüpft wird, wie etwa die Erwerbstätigkeit oder eben die Nichterwerbstätigkeit,

b- eine *alternierende* Verlaufsform, in der über einen relativ längeren Zeitraum gute und schlechte Phasen sich sukzessiv ablösen,

c- die Form der *weiterlaufenden* oder sich *verschiebenden Patientenkarriere*, in der eine Art "Symptomverschiebung" stattfindet oder es zu einem erneuten Durchlaufen der Tinnituserfahrung kommt (etwa bei schweren Rezidiven, mangelnder Symptomakzeptanz, Therapieabhängigkeiten o.ä.), oder der Betroffene gerät, aufgrund Hinzukommens anderer Krankheiten, in eine weitere Patientenkarriere mit einem neuen bzw. anderen Anforderungsprofil, so daß die Integration der "Tinnitus- Erfahrung" nur beschränkt gelingt und

d- die Form der individuell und subjektiv gelungenen *Integration und Kompensation*.

**Vorstellung der Tinnitusambulanz und des institutionellen Ablaufs:** In der Regel wird die Patientin/der Patient vom Hausarzt in die Poliklinik überwiesen oder er/sie weist sich, bei einer akuten Symptomatikverschlechterung, selbst ein. Bei der letzten Möglichkeit wird eine stationäre Aufnahme in Erwägung gezogen. Bei dem überwiesenen ambulanten Patienten sind meistens die ersten Infusionen bereits vom Hausarzt oder einem niedergelassenen Facharzt ohne Therapieerfolg durchgeführt worden, so daß es bei „resistentem Verlauf und steigendem subjektiven Leidensdruck“ zu einer weiteren Überweisung in die Tinnitusambulanz kommt. Die Patientin/der Patient wird dann in unserer Klinik und Poliklinik zunächst medizinisch eingehend untersucht, dann folgen eine Reihe von fachärztlichen Standardmessungen (Audiometrische Messungen zur Ableitung von akustischen Potentialen aus bestimmten Hirnbereichen: die sog. Bera- und Cera-Untersuchungen, die OAE-Untersuchungen, die Tympanogram-Messungen, Tonaudiogram-Messungen, Messungen des Hörvermögens usw.), schließlich wird eine sog. psychoakustische Messung mit Tinnitusmatchingverfahren durchgeführt (es wird hier versucht,

---

<sup>2</sup> Wir benutzen in diesem Zusammenhang die Kategorie "Tinnitus-Erfahrung", weil der Begriff *Erfahrung* bestimmte Charakteristika aufweist, etwa Offenheit, Historizität und Kontextualität, die für eine breitgefächerte qualitative Beschreibung und Interpretation von sowohl individualpsychologischen als auch interaktiven bzw. sozialen wie auch gesellschaftlichen oder medialen Phänomenen, Dimensionen, Prozessen, Ereignissen etc., die sich *um das Phänomen Tinnitus herum abspielen*, nützlich erscheint

den meistens individuell sehr variierenden Charakter und Frequenzbereich des Tinnitus durch die Eingabe von Vergleichstönen zu ermitteln und ihm ein "möglichst somatisch objektiviertes Korrelat" zu geben). Sobald die Befunde vorliegen, findet ein bilanzierendes Bewertungs- und Auswertungsgespräch statt. In diesem Gespräch wird dem Patienten u.a. auch die Möglichkeit geboten, eine „psychologisch orientierte Tinnitusprechstunde“ zu konsultieren. Die Mehrzahl der Patienten machten/machen von diesem Angebot Gebrauch. Einige Tage später findet in der Regel ein solches Beratungsangebot statt. Erfahrungsgemäß werden hier in der Regel 1-4 Gespräche in Anspruch genommen. Der Abstand zwischen den jeweiligen Sitzungen ist prototypisch bei dem stationären Tinnituspatienten mit akuter Problematik deutlich geringer (etwa 2-3 mal wöchentlich) als bei dem ambulanten Patienten (etwa alle 3-4 Wochen).

**Das medizinische Behandlungskonzept:** Das medizinische Behandlungskonzept beruht auf einer "algorithmisierten" standardisierten Vorgehensweise, die ihre Aufgabe zuerst darin sieht, alle kurativen rein somatischen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten maximal auszuschöpfen. Im zweiten Schritt wird durch den Versuch der individuellen "Tinnitusobjektivierung" (Ermittlung des individuellen Frequenzbereiches und Charakters des Ohrgeräuschs; die sog. „psycho-akustischen Messungen“), weil letzten Endes mit dem Betroffenen kaum explizit interaktiv ausgehandelt, gewissermaßen ein indirektes Psychotherapiekonzept verfolgt: der ansonsten erfahrungsgemäß sich meistens in seinem subjektiven (schwer "objektivierbaren") Leiden nicht ernst genug genommen fühlende Patient kann sich nun durch das aufwendige konkrete *Messungsritual* "ernster genommen fühlen". Die psychoakustischen bzw. psychometrischen Messungen sind zwar – auch für das "hard core" Medizindenkparadigma lediglich "somatische Korrelate" und Hinweise, sie können/sollen aber auf der anderen Seite durch den *Quantifizierungsritus* gerade für den an die "high-tech-Medizin" glaubenden Patienten das Vertrauen an die Medizin und Technologie zurückschenken. Darüber hinaus geht dieses eher implizite Vorgehen von der Idee aus, daß "verobjektiviertes" und daher *verdinglichtes* <sup>3</sup> Leiden für ein erfolgreiches Coping hilfreich sein kann: der fremde bzw. irritierende Tinnitus läßt sich nun für den Betroffenen "schwarz auf weiß" in individuellen Zahlen und Frequenzen beschreiben und kontrollieren. Die funktionale Selbstdistanzierung des "Medizinklienten" (und im übrigen auch des Medizinsystems von sich selbst und seinen hier

---

<sup>3</sup> Auch wenn aus einem eher konstruktivistischen als kausalen Denkmodell und Menschenbild stammend, gibt es auf der technischen Ebene eine Querverbindung zwischen diesem Vorgehen und der systemischen Technik der sog. "Problem- bzw. Symptom-Externalisierung": das Problem, in diesem Falle der Tinnitus, wird allerdings durch die transparente Aufforderung des

offensichtlichen kurativen Handlungsgrenzen) im Hinblick auf mögliche intime, existentielle, emotionale u.ä. Herausforderung bzw. Gefährdung wird somit für die Auseinandersetzung programmatisch. Schließlich wird die Möglichkeit der *Delegation* an die Tinnitusambulanz und den Psychotherapeuten in Erwägung gezogen. Das medizinische Konzept sieht Aufgabe und Auftrag für die anschließende psychologische Betreuung an mehreren Stellen vor:

- a. Krisenintervention: insbesondere bei dem akuten Tinnitus, der meistens in den ersten Tagen trotz stationärer Behandlung eine emotional starke Beanspruchung und Überforderung des Betroffenen bis zur krisenhaften Zuspitzung verursachen kann, eine psychologisch orientierende und unterstützende Stabilisierung zu erfahren.
- b. Emotionale Vorbereitung und Anleitung: den Patienten auf eine wahrscheinliche Chronifizierung vorzubereiten.
- c. Lern-Anleitung und Begleitung: ihm dabei zu helfen, mit seinem Tinnitus, möglichst ohne nennenswerte Einschränkung der bisherigen Lebensqualität, leben zu lernen. Dies schließt den Auftrag einer Prozeßbegleitung der individuellen Entwicklung mit ein.
- d. Rehabilitation und Delegation: soziale Reintegration in Beruf und Familie zu unterstützen und die Notwendigkeit bzw. Möglichkeit von psychotherapeutischen stationären Rehamaßnahmen zu überprüfen und auszuloten. Schließlich allerdings aber auch die fachmännische Überweisung an für den Einzelfall geeigneteren Betreuungsstellen (Psychiatrien, spezielle Kliniken usw.).

### **Das Verhältnis der Behandlungskonzepte und seine Auswirkungen auf die Betroffenenwelt**

Wie läßt sich nun in konkreter Weise das Verhältnis und die Verbindung des psychologisch-psychotherapeutischen systemischen mit dem medizinischen Behandlungskonzept in der institutionellen Realität aus der metaperspektivischen Beschreibung qualifizieren? Und: wie wird dieses Verhältnis von dem "Institutionsklienten" perzipiert und erlebt? Diese beiden Fragen sollen nun, um der eingangs angedeuteten systemischen Komplexität der therapeutischen und institutionellen Wirklichkeit ein wenig näher zu kommen, sukzessiv behandelt werden.

### **Meta-institutionelle Rahmung des medizinischen und psychologischen Konzeptes**

Eine mögliche Charakterisierung dieser konzeptuellen Begegnung ergibt die Semiotik eines *Neben-, Mit- und Hinter-einanderverhältnisses* der beiden Behandlungskonzepte.

**a. Ein Neben-Einander-Verhältnis:** insofern, da die beiden Konzeptphilosophien eigentlich zunächst jeweils *unterschiedlichen* Systemlogiken bzw. Menschenbildern entstammen (Objektivismus, ontologische Aussagen vs. Konstruktivismus/Konstruktionismus und Verzicht auf ontologische Aussagen) und daher eigentlich zunächst operational mit unterschiedlichen

---

Therapeuten, von dem Patienten von dem eigenen Körper bzw. Kopf in den äußeren Raum plaziert. Emotional weniger belastende Kommunikation und Interaktion *über* das Problem wird somit ermöglicht.

Zielsetzungen arbeiten (überindividuelle kausale Symptombeseitigung und/oder –kontrolle vs. phänomenologische und individuelle Symptomintegration und Ressourcenorientierung)

**b. Ein Hinter-Einander-Verhältnis:** insofern, weil die Verbindung der beiden Konzepte de facto auf dem Terrain und gewissermaßen *im Hoheitsgebiet* des medizinisch-somatischen und operativen high-tech-Medizinsystem stattfindet. Auf diese Weise ist eine diskursive Machthierarchie und eine irreversible Expertenreihenfolge auszumachen (zuerst das “rein Körperliche“, wofür der Arzt Experte ist, *dann* “das Seelische“, wozu dann der Psychologe herangezogen wird; für eine möglicherweise umgekehrte Sukzession oder „Procedere“ ist theoretisch kein Platz vorgesehen)

**c. Ein Mit-Einander-Verhältnis:** insofern, daß beide Konzepte versuchen, jeweils unter Berücksichtigung des “State of the Art“ *für den Betroffenen* “das Maximum an Hilfe herauszuholen“ (Moment der kundenorientierten funktionalen Kooperation). Weiterhin profitiert das psychologische Konzept von der verdeckten kognitiv-emotionalen Präparation des Patienten durch die ärztlichen Vorgespräche, die Messungsrituale (insbesondere von den sog. „psychoakustischen Messungen“) und den Voruntersuchungen, so daß die Patienten möglicherweise bereits eigene Kompensationsmechanismen oder zumindest Ideen für Kompensation entwickeln können (vgl. das innovative Konzept der *Präkompensation* in diesem Aufsatz). Auf der anderen Seite profitiert das medizinische Konzept von der “entlastenden“ Delegationsmöglichkeit (Moment der verdeckten Präparation und “Komplizität“). Schließlich aber auch deshalb ein Mit-Einander-Verhältnis, da sich beide Konzepte jeweils gegenseitig durchaus ergänzen und sich *jeweils gegenseitig* bei Reduktionismen und perspektivischen Kurzsichtigkeiten (die sog.“Fachidiotien“) *konstruktiv reziprok* problematisieren und in Frage stellen können (Moment der Komplementarität, Kritik und Validierung ).

### **Die Betroffenenperspektive**

Bei diesem Punkt geht es mehr um die Frage, wie die Verbindung des medizinischen und des psychotherapeutischen Konzeptes bei den Denk- und Handlungsparadigmen von den Betroffenen erlebt, und welche neue therapeutische Realität dadurch geschaffen wird. Die institutionelle Verbindung von (in ihrer “rohen Form“ wie o.a.) eigentlich eher unterschiedlichen Denkparadigmen und Menschenbildern (das systemisch Konstruktionistische und das kausalobjektivierende Modell) schafft eine *hybride therapeutische Realität*, die von dem Klienten/Patienten teils als *dissoziiert* , teils als *assoziiert* erlebt wird. *Das dissoziative Moment*

läßt sich mit zwei Erlebnisfacetten verorten; einerseits in Form eines beobachtbaren *subjektiven dissoziativen Gewinns* (Zitat: „Es ist gut für mich, daß sich viele unterschiedliche Experten um mich kümmern, Hauptsache ich werde gründlichst von allen Seiten untersucht und behandelt, ich möchte von jedem Einzelexperten das Maximum an Behandlung und Therapie mitnehmen können., ich möchte möglichst nichts versäumen, dann macht man sich hinterher selbst auch keine Vorwürfe mehr...“). Andererseits kann aber auch eher der negative Aspekt des dissoziativen Erlebnisses prädominieren (Zitat: „Ich habe das Gefühl, daß ich mich verzetteln muß und daß dadurch meine Energien verloren gehen“)<sup>5</sup>. Im Vergleich zum dissoziativen Erlebnis beruht das *assoziierte Erlebnis* auf einer stark ganzheitlichen, “tieferen“ und integrativen Vorstellung und Motivation. Im Kontrast zum dissoziativen “Gewinn“ wird weniger Wert auf die Funktionalität als auf die Ganzheitlichkeit von „Körper und Seele“, „die Tiefe“ und die Gestaltgeschlossenheit des menschlichen Daseins gelegt. Das Nebeneinander der beiden Behandlungskonzepte wird hier als positive und in der modernen Gesellschaft heuristisch notwendige Aufteilung eines eigentlich unteilbaren Ganzen gesehen. Wie die - mit den Konstrukten des “assoziierten/dissoziierten Erlebnis“ beschriebenen Formen - o.a. hybride therapeutische Realität “tatsächlich“ auf den Einzelnen auswirkt und welche genauen Komponenten eher zu der einen oder eher zu anderen Erlebnisform geführt haben könnten, bleibt an dieser Stelle, jenseits der hier berichteten Erfahrungen und Reflektionen, systemisch betrachtet jedoch letzten Endes nur schwer zu beantworten.

### **Die “Tinnitus-Erfahrung“ und was bedeutet sie für den/die Betroffenen?**

*„Man wird ja plötzlich aus der Normalität, sage ich mal quasi rausgerissen, es ist erstaunlich was so ein blödes Fiepen so alles bewirken kann...Man wird ja auch bei sowas nicht automatisch ernst genommen, weil sich leider Gottes alles im Kopfbereich abspielt und da kann keiner irgendwie reingucken, was da alles so drin los ist. Ein sauberer Armbruch ist viel akzeptierter, weil man es leichter vorzeigen kann: „Guck mal, da ist der Knochen durch, wie schlimm und sowweiter...Einen Tinnitus sieht aber keiner...“*

Die subjektive “Tinnitus-Erfahrung“ ist ein systemisch komplexes physiologisches und psychologisches Geschehen mit mannigfaltigen intrapsychologischen-kognitiven, interaktiven und sozialen Wahrnehmungs- und Erlebnisdimensionen. Das Eintreten und Bewußtwerden des

---

<sup>5</sup> Der subjektive dissoziative Gewinn ist, auf der systemischen Makroebene (soziale Kommunikation, Instutionskultur, kulturelle Repräsentationen, Subkulturen usw.), sowohl Resultante als auch “Motor“ für die Weitertradierung eines gesamtgesellschaftlichen und gesellschaftlichkulturell dissoziierten *Soma vs. Psyche-Menschenbild* der Moderne (Illich, 1995 , Sonntag, 1988, Schmidtbauer, 1986)

Tinnitus schafft einen neuen Erfahrungs-Lebensraum, der mit bestimmten Veränderungen und Diskontinuitäten der bisherigen Normalität einhergeht. Daß es auf einmal plötzlich im Ohr pfeift, saust, dröhnt, zischt, brummt oder daß sich die eigene Hörfähigkeit plötzlich rapide und spürbar verschlechtert (im Falle von Tinnitus mit zusätzlicher Hörsturzproblematik und/oder ausgeprägter Hyperakusis bzw. Geräuschsüberempfindlichkeit und womöglich auch Schwindelattacken), löst im Umgang mit sich selbst und im Umgang mit seiner Umwelt eine krisenhafte Situation aus und bringt eine Reihe von Fragen ins Spiel, etwa:

- Eine Unterbrechung der bisherigen als gegeben und normal erlebten "Leiblichkeit" und eine Störung der bisherigen Selbstverständlichkeit. Das Schema der bisherigen körperlich-seelischen Unversehrtheit und das bisherige Körpergefühl wird in Frage gestellt. Das Gefühl eines defekten und vulnerablen Organs (das Ohr) macht sich breit. Die plötzliche Beeinträchtigung des Hörvermögens ist eine erschreckende Erfahrung von Vitalitätsverlust und Kraftverlust.
- Hat man ein Ohrgeräusch, werden sonstige bisher kaum beachtete Körper- und Umweltgeräusche mehr wahrgenommen und mit Besorgnis belegt. Auch Geräuschempfindlichkeit (Hyperakusis) tritt auf.
- Die Routine des bisherigen Tagesablauf wird durch das fremde Phänomen gestört, indem der neuen Sinneserfahrung quasi-automatisch zunächst mehr Aufmerksamkeit gegeben wird. Es werden Selbstbeobachtungsenergien organisiert und mobilisiert, um den eigenen Umgang mit dem neuen Phänomen zu analysieren (Selbst-Distanzierung/Selbst-Objektivierung als "Sich selbst fremd werden-Erfahrung" und "neben sich stehen- Erfahrung").
- Die Tinnitus- und/oder "Hör-Sturz-Erfahrung" (wenn beide Störungsbilder zusammenauftreten) sind jeweils Sturz-Erfahrungen aus der bisherigen Normalität, aus der Selbst- und Umweltkontinuität und Vertraulichkeit.
- Der Hör-Sturz ist eine existentiell-leibhaftige abrundige Sturz-Erfahrung, die mit Haltlosigkeit, Selbstzweifel und Leiden verbunden ist. Die Verschlechterung des Hörens löst ernsthafte Orientierungsprobleme (etwa Zuordnungsunsicherheit von Umweltgeräuschen, Stimmen, u.ä.) und Kommunikationsprobleme (z.B. Mehrpersonengespräche werden als „stressig“ und „deprimierend“ empfunden, die Lärmempfindlichkeit nimmt zu) aus.
- Daß sich das Ganze (Ohrgeräusche und womöglich auch ein zusätzlicher Hörsturz) „im Kopf abspielt“ (hier spielt die Repräsentation: "Der Kopf" als zentraler und "heiliger Ort des Lebendigen" eine zentrale Rolle) kultiviert die Sorge/Angst, daß „irgendwas im Kopf nicht mehr in Ordnung ist“. Gerade ältere Patienten haben hier Angst, daß dies eine Vorbotschaft eines späteren „Herzinfarkts oder Schlaganfalls“ sein könnte. Andere hingegen sehen in dem Tinnitus und/oder Hörsturz selbst bereits „einen kleinen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall im Ohr“. Prototypisch ist auch die "Verschlimmerungsangst", daß die Ohrgeräusche „so laut werden, daß einem der Kopf irgendwann platzt“ oder, daß, wenn der Hörsturz länger anhält, „man schwerhörig oder völlig taub“ wird.

- Es werden die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten z.T. durch das Beobachten, Grübeln und womöglich selbstattributivem "Verschulden" defokussiert.

- Es entstehen Erklärungsnotstand und Deutungsbedarf, weshalb man nun just zu diesem Zeitpunkt von dem Phänomen heimgesucht wird.

- Häufig liegen neben dem Tinnitus bzw. gerade in Zusammenhang mit dem Tinnitus und/oder einem Hörsturz biographisch kritische Lebensereignisse (Tod einer nahestehenden Person, Unfall, Behinderung, Arbeitslosigkeit, Umzug etc.) oder biographische Transitionsprobleme<sup>6</sup> vor (Frühberentung, Erziehungspause, Studiumende, Umschulung u.ä.), die von bestimmten persönlichen Lebenskrisen begleitet werden. Die Auseinandersetzung mit dem Tinnitus und/oder Hörsturz bedeutet hier für die betroffene Person meistens (unabhängig von der Frage, ob ein "Zusammenhang" hergestellt werden kann oder nicht hergestellt werden kann) auch eine Auseinandersetzung mit diesen persönlichen Krisen und daher ein zusätzliches Mobilisieren von entsprechenden Energien.

- Es kommen nun vermehrt pathopsychologisierende Fragen aus der sozialen Umwelt wie (Zitat): „Hast du irgendwie zuviel Streß um die Ohren im Moment?“

- Es stellt sich die Frage der sozialen und interaktiven Mitteilung: eher Verheimlichen oder eher Veröffentlichen des Leidens (De Shazer spricht hier z.B. von einer Phase des *Publishing* des bisher "stillen" Leidensdrucks). Und: wenn ja/nein dann wiederum die Frage: wie teile ich mich mit? Wie erzähle ich den anderen über meinen Tinnitus bzw. wie oder zu welchem Grad möchte ich ihn verbergen? Mit welchen Nachfragen habe ich eventuell zu rechnen usw.? Werde ich ernst genommen? Hinzu kommt die "Unsichtbarkeit der Beeinträchtigung bzw. Behinderung", die interaktiv-kommunikativ rekonstruiert werden muß.

- Das Vertrauen bzw. der Glaube an das moderne Medizin- und Technologiesystem und an die (quasiautomatische) Defekt-Reparierbarkeit wird erschüttert. Eine neues (realistischeres) Medizin- und Heilungskonzept wird notwendig.

### **Ein Qualitatives Phasenmodell der Tinnituswahrnehmung und -bewältigung**

Dieses qualitative Phasenmodell ist - weil gerade in den konkreten alltagsklinischen unmittelbaren Erfahrungen mit den Betroffenen "gründend" (*grounded*) - sehr gut geeignet, eine inhaltlich fundierte Ausgangsbasis für eine anschließende empirisch quantifizierende Untersuchung zu bilden. Da es bei diesem interdisziplinären Projekt nun zunächst um erste

---

<sup>6</sup> Glaser & Strauss (1971) sprechen in diesem Zusammenhang von sog. *status passages* (Statuspassagen). Dem liegt im übrigen eine sehr spannende datenbasierte qualitative Formaltheorie zur Psychologie und Soziologie von biographischen und rollenbedingten Statusverschiebungen zugrunde. Da die Statuspassagen-Theorie eine "Feldforschung-Theorie" ist und auf realinteraktive Erfahrungsprozesse zurückgreifen kann, bietet sie eine Reihe von nützlichen Beschreibungen an, die für ein praxisnahes Verständnis des Handlungs- und Erlebnissystems der Betroffenen im Beratungs- bzw. Therapiekontext gut beitragen kann. Sie ist ein Paradebeispiel einer positiven Nutzungsmöglichkeit sozialwissenschaftlichen Wissens für klinische Erkenntnisse und Interventionen.

vorläufige Ergebnisse einer Pilotstudie und um eine entsprechende erste Kursfestlegung bzw. Feldannäherung handelt, können hier z.Z. noch keine präzisen empirisch quantifizierenden Aussagen z.B. über die genaue Häufigkeit und Verteilung dieser hier qualitativ beschriebenen Krankheitsverarbeitungsmuster gemacht werden. Die Kategorien Konfrontation, Realisierung, Handlungsvalidierung etc. bilden heuristische und datenbasierte qualitative Kategorisierungen im Sinne des *grounded theory* Ansatzes von Strauss, die sich in der täglichen Interaktion und Realitätskonstruktion mit den Betroffenen als praktikabel gezeigt haben.

Die folgenden acht Patientenaussagenbeispiele sollen die hier thematisierte Kompetenz zum *Anliegen-Vortragen* und *Anliegen-Aushandeln* gegenüber einem Psychoexperten aufzeigen, die konkrete interaktive Aushandlungssituation des Beratungs- bzw. Therapieauftrages exemplarisch veranschaulichen und eine unserer Erfahrung nach beobachtete *Zeitschiene* des ablaufenden Tinnitusintegrationsprozesses bzw. Bewältigungsetappen datenbasiert illustrieren. Alle hier berichteten folgenden Beispiele stammen aus relativ frühen Phasen von Erstgesprächen und Erst-Interaktionen mit den Tinnitusbetroffenen und Ratsuchenden. Eine effektive Intervention muß daher für die zeitliche Prozessualität und Organisation besonders sensibilisiert sein und “im Hier und Jetzt“ das individuelle Tempo bzw. die individuelle zeitliche Selbstorganisation (“die innere Uhr“) des jeweiligen individuellen Bewältigungssystems gut aufspüren können, um daran anzuknüpfen (Kernfragen hier sind etwa: in welcher Phase befindet sich der Betroffene gerade, heute und jetzt? Was hat er möglicherweise schon hinter sich, wohin will er bzw. was steht gerade an? Und: welches Tempo wird angestrebt? Gibt es bereits einen impliziten oder expliziten Fahrplan?). Die Analyse solcher Fragen im Rahmen unserer institutionellen Erfahrungen mit den Betroffenen führte uns zu der Beobachtung, daß es tatsächlich Aspekte gibt, die für eine *qualitative Phasenkonstruktion*<sup>7</sup> bzw. die für eine *zeitliche Modellierung* von bestimmten *Tinnitusbewältigungsphasen und -teilprozessen* sprechen (vgl. den nächsten Abschnitt):

**Konfrontationsprozeß:** Am Anfang der Auseinandersetzung mit der Veränderung des bisherigen Gehör-Schemas infolge von Tinnitus und/oder Hörsturz stellt sich die Situation einer veränderten Wahrnehmung ein. Konfrontative Energien werden gefordert und mobilisiert. Bei

---

<sup>7</sup> Dieses qualitative Phasenmodellierung stellt - weil gerade in den konkreten alltagsklinischen unmittelbaren Erfahrungen mit den Betroffenen *gründend (grounded)* - auch eine inhaltlich fundierte Ausgangsbasis für eine anschließende empirisch quantifizierende Untersuchung bereit. So findet bei diesem Projekt auch eine umfassende quantitative statistische Evaluation (N>1000) und Konstruktvalidierung anhand von drei Evaluationsinstrumenten statt: der *Systemische Fragebogen zur Tinnituswahrnehmung und -bewältigung*; der sog. S.F.T.W.B.-E.2000, der *Systemische Fragebogen zur Hörsturz-wahrnehmung und -verarbeitung*, der sog. S.F.H.W.V.-E.2000 und die *Münsteraner Evaluations-Skalen für Systemische Interventionen*

diesem Konfrontationsprozeß geht es primär um Dinge wie Normalitätsbruch, Schock, das Gefühl des Absorbiertseins von dem Symptom (z.B. Fallbeispiel 1).

*„Ich stehe noch unter Schock, glaube ich,...Ich muß ständig dran denken. Es beunruhigt mich z.Z. ungemein, daß ich kaum was anders aufnehmen kann. Ich weiß im Moment noch nicht, was ich dagegen tun kann...So ein Zustand ist, meine ich, nichts auf Dauer für mich... Es muß jetzt was passieren, denke ich, daß man sich vielleicht mehr ablenken soll oder was weiß ich was...Vielleicht hätten Sie da ein paar Tips, wie man sich da am besten verhalten soll...?“ (Fallbeispiel 1)*

**Realisierungsprozeß:** Bei dem Realisierungsprozeß geht es wiederum um andere Dinge wie etwa Orientierungsgewährleistung, der Versuch eines ersten Copings, die Definition bzw. Festlegung eines ersten Ziels (z.B. Fallbeispiel 2).

*„Wahrscheinlich werde ich mich letztendlich darauf einstellen müssen. Mir bleibt sonst nichts anders übrig...oder...? Und diese Empfindlichkeit, diese Geräuschesüberreaktion sage ich mal, die geht einem ganz schön auf dem Geist, es macht einen ganz schön aggressiv finde ich....“ (Fallbeispiel 2).*

**Kognitiv-emotionale Kursbestimmung und Handlungsprozeß:** Hat der Betroffene die Realisierungsleistung erbracht und angefangen selbst zu handeln, merkt er bald, daß er in der Bewältigung Fortschritte macht und daß der anfangs extrem aufmerksamkeitsfordernde und “identitätsreduzierende“ Tinnitus („da bestand ich (lacht) nur aus Tinnitus“, vgl. Fallbeispiel 3), nun ein wenig in den Hintergrund tritt und dadurch eine neue Selbstdefinitionsoption ermöglicht.

*„Ich bin gerade dabei zu versuchen, mich darauf –auch mit Taten- einzustellen und einfach damit zu leben... Es geht mir viel besser damit als vor zwei Monaten, da bestand ich (lacht) nur aus Tinnitus, schrecklich, nicht...?“ (Fallbeispiel 3)*

**Handlungsvalidierungsprozeß:** Rücken Handlungskomponenten in den Vordergrund (Handlungsprozeß), dann wird die Hilfesuche, ihre Organisation und die Umsetzung des dort Gelernten angestrebt. Reicht dies nicht aus, wird Bestätigung durch Fremde wie etwa Experten, eingeholt. Dies kann eine Beibehaltung des Status quo oder eher eine Kurskorrektur bzw. Adaptation neuer Verhaltens- bzw. Denkmaximen nach sich ziehen (vgl. Fallbeispiel 4).

*„Was kann ich noch tun, um damit noch besser klar zu kommen? Vielleicht hätten Sie noch ein paar Tips für mich...?“ (Fallbeispiel 4)*

**Prospektiver Auseinandersetzungsprozeß und Zukunftsangst:** Wird die Handlungsvalidierung abgeschlossen, können dann u.U. zukunftsbezogene Ängste (vgl. Fallbeispiel 5), die an dem erkämpften Status quo festhalten, der Art „*hoffentlich bleibt es weiterhin so wie es im Moment ist*“ oder eher prospektive bzw. prophylaktische (vgl. Fallbeispiel 6) und krisenbewältigungsvorbereitende Fragen auftreten (etwa die Frage: „*jetzt ist zwar alles o.K., aber worauf könnte ich noch achten, um der nächsten Krise entweder vorzubeugen oder darauf gegebenen Falles relativ rasch bzw. angemessen zu reagieren?*“).

*„Was könnte ich jetzt tun, wo sich mittlerweile vieles, ich sage mal positiv geklärt hat, um vorzubeugen, daß ich nicht mehr in so ein Loch wieder reinfalle wie das letzte Mal, wo ich nicht nur das Piepen, sondern auch den Hörsturz zusätzlich (betont) dazu gekriegt habe..? Sowas will ich nicht nochmals erleben...“ (Fallbeispiel 5)*

Ein anderer Patient in einer vergleichbaren Situation:

*„ (...) erstmal abwarten, wie sich das noch entwickeln wird, denke ich. Ich bleibe skeptisch erstmal, auch wenn es mir im Moment, muß ich ehrlich sagen, eigentlich gut geht...man weiß ja nicht was alles noch kommen kann...Vielleicht können Sie mir sagen, Sie haben da ja sicherlich mehr Einblick, wovon man jetzt realistisch ausgehen muß, um nicht hinterher, Entschuldigung, dumm aus der Wäsche zu gucken, wenn was passiert....“ (Fallbeispiel 6)*

Nach einer solchen eher “angstmotivierten“ (Angst vor massiver Symptomverschlechterung in Zukunft, vgl. o.) passiven mentalen Auseinandersetzung mit der Zukunftsvision kann eine Phase aktiver bzw. offensiver Bewältigungsorganisation folgen, nämlich die prophylaktische angstreduzierende Einkalkulierung und präventive Akzeptanz von möglicherweise auftretenden vorübergehenden Lautheitsverschiebungen (vgl. z.B. Fallbeispiel 7). Prototypisches Ziel in dieser Phase ist die mentale (vorweg) Akzeptanz möglicher zukünftiger (meistens transitorische bzw. passagere) Tinnituszunahme.

*„Jetzt wo man damit viel besser klar kommt als am Anfang...da war ja praktisch das Ohr total zu, das Ohr würde ich schon fast sagen war ja praktisch nicht mehr zu gebrauchen...mein lieber Herr das waren vielleicht Zeiten, da ging vorne und hinten nichts mehr...Man müßte jetzt, denke ich langsam langsam anfangen nach vorne zu schauen und sich darauf einzustellen ne?, daß nun mal schlechte Tage, ob man nun eine Grippe einhandelt , einen Virus oder was weiß ich was...oder gerade eben mal wieder ‘Streß hat, ne?...daß man jetzt lernt damit umzugehen und gelassen an die Sache ranzugehen, die schlechten Tage gehören auch dazu, so...Man ist ja selber nicht jeden Tag gleich drauf...“ (Fallbeispiel 7)*

**Integration-Kompensations-, sozialer Vergleich und Bestätigungsphase:** Im Zustand der “Tinnitus-Integration“ bzw. “Tinnitus-Kompensation“ (vgl. Fallbeispiel 8) wird die Lebensqualität des Patienten nicht mehr von der Beeinträchtigung durch den bleibenden Tinnitus bestimmt. Nichtsdestotrotz kann das Bedürfnis nach einer Bestätigung von “Außen“ (Experten, andere Betroffene usw.) entstehen. Insbesondere weil die soziale Kommunikation über Störungsbilder, die soziokulturell bedauerlicherweise immer noch z.T. als “Weicheier-Persönlichkeiten-Krankheiten“ („Psychosomatische Störungen“ im allgemeinen) gesellschaftlich stigmatisiert werden, tendenziell tabuisiert wird, vermeidet der Tinnituspatient nicht selten aus Schamgefühl den direkten sozialen Vergleich zugunsten einer abgeschiedenen Einzelberatung bei einem Experten, der sich dementsprechend außerhalb seines alltäglichen Realitätsraums befindet.

*„Ich kann inzwischen damit ganz gut leben, es stört mich nicht mehr so wie am Anfang. Es gehört einfach zu mir mittlerweile. Ich habe inzwischen gelernt, mit meinem kleinen Mann im Ohr zu leben, und er anscheinend mit mir auch. Ich sage immer: wir müssen beide durch, wir sind Freunde fürs Leben geworden.... Aber manchmal braucht man doch die Bestätigung, daß es so schon alles in Ordnung ist, wie es dann so insgesamt bisher gelaufen ist...und da kann so ein Gespräch, denke ich mal nicht schaden...Oder einfach mitzukriegen, wie machen es andere und wie fahren sie damit....?“ (Fallbeispiel 8)*

### **Bewältigungsenergien und spontane Selbstlokalisierung/Zuordnung zu Phasen des qualitativen Bewältigungsphasenmodells**

Die klinischen positiven Erfahrungen mit dem Modell des kompetenten Tinnituspatienten im Kontext der Tinnitusambulanz korrespondieren mit der Beobachtung, daß es wie o.a. offenbar tatsächlich eine Art “quasi-natürlichen“ psychologischen Prozeß der Integration der Tinnitus-Erfahrung gibt, der je nach individuellen, sozialen und institutionellen Bedingungen, Erfahrungen, Ressourcen etc. unterschiedlich verlaufen bzw. aussehen kann. Der Integrations- und Bewältigungsprozeß wird hier von der positiven Lebenskraft und -Energie des Einzelnen getrieben, Probleme zu überleben und soweit möglich in positiver Weise am Strom des Lebens teilzunehmen. Es repräsentiert das aktive und kompetente selbstregulative *Bemühen* des Tinnitussubjekts, *selbst* eine *Wiederherstellung* von *positiv erlebter Normalität* zu erzielen, die durch das Auftreten des Tinnitus zunächst suspendiert wurde. Dieser Weg führt den Patienten dahin, auf frühe normalitätsstützende Ressourcen zurückzugreifen und/oder neue zu erschaffen. Nach Auseinandersetzung mit schulmedizinisch oder sonstigen kurativen Maßnahmen scheinen die meisten Patienten *von sich aus* (ein entscheidendes Kompetenzmoment) in einen individuellen *"Ich-will-jetzt-mit-dem-Tinnitus-normal-leben-lernen-Prozeß"* einzusteigen und

aktiv nach eigenen Mitteln und Wegen Ausschau zu halten, Bewältigungsversuche zu organisieren und einzuleiten. Dies geschieht sowohl über intuitive bzw. implizite Wege, die im "Halbwissen-Bewußtsein" (middle knowledge) liegen, als auch über differenziertere Informationsbeschaffung, Auseinandersetzung und *Systemkompetenz* (Schiepek, 1999). Vor diesem Hintergrund wird es nachvollziehbar, weshalb der Tinnituspatient anscheinend in der Lage ist, zu unterschiedlichen Bewältigungs-Teilprozessen und Phasen (auf die klassische Frage des systemischen Ansatzes des Therapeuten: Wobei kann ich Ihnen behilflich sein?) gegenüber einem institutionsbeauftragten Helfer unterschiedliche Anliegen zu benennen oder zumindest anzudeuten (s.u. die Zitatbeispiele). Die Fähigkeit des Tinnituspatienten - so unsere klinischen Erfahrung - in diesem Anliegen/Auftrag-Aushandlungsprozeß zu agieren, eine *Sensibilität* bzw. ein *Gespür für die Prozeßhaftigkeit und den Phasenverlauf der anstehenden Bewältigung* zu entfalten (Zitatbeispiel: „*Ich denke, das ist ja auch ein Prozeß...und der braucht wahrscheinlich einfach seine Zeit...*“), das Moment der *attributiven Selbstdiagnose* (Zitatbeispiel: „*Ich glaube bei mir liegt es im Moment daran, daß ich ungeduldig werde...*“) und die zielorientierte Formulierung des jeweiligen *nächsten Bewältigungsschritts* (Zitatbeispiel: „*Ich muß mir jetzt einfach mittlerweile abgewöhnen, immer mit Musik einzuschlafen, um von dem Tinnitus abzulenken. Dahin will ich jetzt kommen. Ich will nicht immer von einer Geräuschkulisse abhängig sein...*“) sind Momentaufnahmen der zugrundeliegenden Bewältigungsphasenprozesse. Als weiterer Hinweis für die zeitliche Organisation und Prozessabfolge (vgl. o. das Phasenmodell der Bewältigung) wäre, neben der o.a. *qualitativen Selbstdiagnostik*, das immer wieder beobachtete erfahrungsvalidierende klinisch-psychologische Phänomen der *spontanen Selbstlokalisierung bzw. Selbstzuordnung zu unterschiedlichen Phasen und Teilprozessen der Bewältigungschronologie*: Stellt der Berater/Therapeut die Frage: "In welcher Phase befinden Sie sich jetzt gerade?" bzw. "In welcher Phase Ihrer Auseinandersetzung -mit dem Tinnitus- mögen Sie sich, nach Ihrem Gefühl, heute, hier und jetzt befinden?" erhält man erfahrungsgemäß fast immer eine entsprechend verwertbare Antwort; Zitatbeispiele:

- „*Ich glaube, ich wollte es erstmal nicht wahrhaben, daß ich was im Ohr habe. Jetzt bin ich, muß ich auch zugeben, in so einer "will-ich/will ich nicht" Phase...ich meine entweder Verdrängen oder ...*“ (Fallbeispiel 9)

- „*Ehrlich gesagt, ich will mich damit noch nicht abfinden. Ich will mich noch nicht damit geschlagen geben, bin ein Dickkopf...von Natur aus...eigentlich auch schon immer gewesen...*“ (Fallbeispiel 10)

- „Ich habe mich schon ein wenig daran gewöhnt, sagt meine Frau auch mittlerweile: Mensch, du redest kaum mehr darüber...ist es schon weg?“ (Fallbeispiel 11)

- „Ich bin dabei zu lernen, damit umzugehen...Ich weiß, was anderes gibt es nicht...“ (Fallbeispiel 12)

- „Ich bin in der Phase jetzt:...es macht mich manchmal schon ein bißchen kribbelig manchmal...hoffentlich bleibt es so... toi, toi,toi“ wo ich es mittlerweile einigermaßen im Griff habe.“ (Fallbeispiel 13)

### **Selbstlokalisierung und Patientenführung – Systemisch-Qualitative Psychodiagnostik <sup>8</sup> als Interventionsstrategie einer effizienten Kurzzeitherapie?**

Die Beobachtung, daß TinnituspatientInnen spontane individuelle Selbstlokalisierungen, bzw. Selbstzuordnungen zu einem fiktiven Bewältigungsphasenverlauf vorzunehmen im Stande sind, daß sie eine Sensibilität bzw. ein Gespür für die Prozeßhaftigkeit und Phasenverlauf der anstehenden Bewältigung entfalten, daß sie bewältigungsbezogene alltagspsychologische attributive Vorgänge und Selbstdiagnostik u.d.g. (vgl. o.) betreiben usw., eröffnet – im Rahmen des hier vertretenen systemischen Interventionsansatzes- die Möglichkeit einer ressourcenorientierten Nutzung dieser Phänomene für eine klinisch-therapeutische möglichst *effizient-effektive Hilfe zur Selbsthilfe* (Elbina et.al., 2001a/b). Auf dieser Weise korrespondiert die Selbstlokalisierung und Zuordnung des Patienten mit der therapeutischen Führung bzw. Begleitung desselben seitens des Helfers/des Therapeuten eben durch die unterschiedlichen Phasen, Stadien und Prozesse der Bewältigung (vgl. o. das Phasenmodell). Die klinisch-therapeutische Implikation des Bewältigungsphasenmodells läßt sich so etwa zu der Leitfrage ausformulieren “Was ist bereits geleistet worden? Wo stehen wir heute? Und: was bräuchte es noch konkret, um der Bewältigung/der Verarbeitung der Tinnitusproblematik noch ein Stückchen näher zu rücken?“. Selbstdiagnostik und Selbstanalyse des Patienten auf der einen Seite steht Patientenführung, Begleitung und qualitative Psychodiagnostik des Helfers (etwa in Hinblick auf die Frage “In welcher Bewältigungsphase mag nun der Patient gerade stehen? Und: “Was bräuchte er an Ressourcen/Möglichkeiten, um den nächsten Bewältigungsschritt erfolgreich zu realisieren?“ ) gegenüber. *Beide im Hilffsystem und Problemsystem beteiligten Seiten* (Patient und Helfer) agieren und reagieren innerhalb eines übergeordneten *klinischen*

---

<sup>8</sup> Wir machen an dieser Stelle eine Anleihe an der von Petra Muckel (ausführlicher bei Muckel: 1996) für den Bereich des psychologischen Diagnostiks neueingeführten Begriff der *Qualitativen Psychodiagnostik* und erweitern ihn – systemtheoretisch – auf *alle im Hilffsystem und Problemsystem beteiligten Akteure* (zum Konzept des *Hilffsystems* und des *Problemsystems* ausführlicher bei Ludewig, 1992): nämlich sowohl auf den Therapeuten/Helfer (der *bei dem Patienten* qualitative Psychodiagnostik anwendet) als auch auf den Patienten/Hilfesuchenden selbst (der gewissermaßen auch attributive erfahrungs- bzw. biographiebedingte *Selbstdiagnostik* betreibt). Beide Operationssysteme sind somit konstitutive Aspekte eines übergeordneten *Systemisch-Qualitativen psychodiagnostischen Geschehens*.

*Systems qualitativer Psychodiagnostik und wechselseitigen Verweisungen von selbst- und fremddiagnostischen Momenten.* Für den Kontext Tinnitus stellt sich auf der therapeutischen Handlungsebene heraus, daß eine klinisch-qualitative “Diagnostik“, die sich *von Beginn an* stark an dem jeweiligen Ressourcen und dem jeweiligen Bewältigungstempo des Einzelnen orientiert – da ja jeder Patient einen eigenen Bewältigungsrhythmus besitzt- auch *bereits* realiter “Therapie“ und Bewältigungserfolg bedeuten kann. An diesem Punkt angelangt, erweisen sich die Stärke - und damit auch die Validität – bzw. der Primär-Nutzen des o.a. Bewältigungsmodell weniger in seiner scheinbaren theoretischen Normierung (und vereinfachenden Konstruktion z.B. einer Phasensukzession) als vielmehr in seiner Funktion als *klinisch-qualitative und heuristisch-pragmatische Hintergrundfolie für die Sensibilisierung des Helfers* bezüglich der *Vielfalt* individueller Profile der zeitlichen Organisation/Prozeßhaftigkeit und bezüglich der *Unterschiedlichkeit/Reichhaltigkeit* der anzutreffenden und *qualitativ psychodiagnostisch* (Muckel, 1996) zu explorierenden und freizusetzenden individuellen Bewältigungsressourcen.

### **Klinische Erfahrungen des Münsteraner Tinnitusansatzes**

Die Erfahrungen unserer “Psychologisch orientierten Tinnitus-Sprechstunde“ (mehr als 1000 TinnituspatientInnen) zeigen, daß bei (systemischem) erfolgreichen *Zusammentreffen* bestimmter *interaktiver Bedingungen des Therapiesettings* (etwa: Rapport, Joining, Transparenz, Pacing, und Konvergenz i.S., daß die interaktiven Vorgänge bzw. die wechselseitigen Bedeutungen- und Verweisungselemente zwischen dem Patienten und dem Ratsuchenden in befriedigender Weise und auftragsorientiert konvergent ablaufen) mit *motivationalen Bedingungen* und Aktivitätsbereitschaft des Hilfesuchenden (seinen Leidensdruck aktiv zu minimieren bzw. gänzlich zu beheben), daß - im Vergleich zu den herkömmlichen meist langen Tinnitus-therapien - bereits ein geringeres Sitzungskontingent auch zum Erfolg führen kann (i.d.R. weniger als 6 Gespräche). In diesen Sitzungen wird ein auf die Situation des Einzelnen zugeschnittener positiver Tinnitusbewältigungsprozeß interaktiv ausgehandelt, entwickelt und in Gang gesetzt. Programmatisches Ziel, nach einer meistens informativen, anleitenden und (mit)orientierenden Beratungsphase, bleibt hier die möglichst *rasche Organisation der Hilfe zur Selbsthilfe* durch die “kunstvolle“ *Verstörung* und *positive Veränderung des leidverursachenden narrativen Erzählsystems* (White & Epston, 1998). Die *Transformation von (als leidvoll erlebten) Tinnitus-(Erfahrungs-) Geschichten und Narrationen* in *möglichst weniger leidvolle* erfordert, daß im therapeutischen Kontext Milieubedingungen hergestellt werden, in denen der Patient als

kompetenter *Erzähler* fungieren kann (Boothe, 1994). Im Zentrum des Münsteraner Therapieansatzes steht also das *Aktivieren von prinzipiell postulierten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten des Tinnituspatienten*. Antonowsky spricht in diesem Zusammenhang von der Beachtung und Einbeziehung der *natürlichen Widerstandsressourcen* (englisch: *resilience*) des Menschen in seiner Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit (Antonowsky, 1979/1987). Diese Ressourcen-/bzw. Widerstandsressourcen-, Kompetenzen-, und Lösungsorientierung stellt sich als um so wichtiger dar, da es gerade bei dem sehr verbreiteten sog. chronischen subjektiven Tinnitus (lege artis bzw. nach dem aktuellen Stand der Forschung und der realistischen medizinischen Prognose) realiter nicht darum gehen kann, durch eine medizinische oder psychotherapeutische Maßnahme dem Tinnituspatienten ein "Leben ohne Tinnitus" zu versprechen (einfach weil der Tinnitus medizinisch prognostisch betrachtet häufig zu einem "chronischen Verlauf" neigt und es bisher keine Medikation gibt, die ein völliges Zurücktreten der Symptomatik garantieren kann), sondern darum, *ihm zu einem möglichst normalen (i.S. eines nicht vom Tinnitus bestimmten) "Leben (lernen) mit dem Tinnitus" zu verhelfen* (vgl. Stoll, Nieschalk & Winter, 1995). Die "realistisch-rationale" Ausrichtung dieser therapeutischen Zielsetzung erweist sich in dieser interdisziplinären Pilotstudie in der Tat als zentrale Stütze der bisher erzielten Erfolge im Hinblick auf die "Zufriedenheit" der Betroffenen mit der Qualität und Effizienz des verfolgten Therapieansatzes (vgl. Ludewig *Kundenzufriedenheit* als zentrales Evaluations- und Erfolgskriterium bei der Beurteilung von Qualität systemischer Interventionen, vgl. Ludewig, 1988).

Zum Schluß soll die alltägliche Arbeit der Tinnitus- und Hörsturzambulanz anhand von zwei kasuistischen Studien veranschaulicht werden.

### **Fallbeispiel 1: Frau W. und ihre Kühe**

Frau W. (68 Jahre alt) lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in ländlicher Umgebung auf einem Bauernhof. Neben landwirtschaftlichen Ackerbautätigkeiten kümmert sie sich primär um die Milchproduktion der eigenen Hofkühe. Aufgrund einer akuten und ätiologisch ungeklärten allergischen Hautreaktion an den Körperextremitäten (Hände und Füße) wird sie seit ca. 10 Tagen stationär in der Hautklinik beobachtet und untersucht. Sie wird konsiliarisch von der Dermatologie in die HNO-Poliklinik überwiesen zur Abklärung von vereinzelt Drehschwindelanfällen und einem von ihr angegebenen Tinnitus aurium. Nach der routinemäßigen medizinisch-somatischen Untersuchung kommt sie in die Tinnitusambulanz. Der dort tätige Psychologe versucht nach kurzer Akteneinsicht seine Auftragslage zu überprüfen (vgl. Ludewig, 1992). Zwei Auftragsebenen kristallisieren sich dabei heraus: ein Fürsorge-

Behandlungsauftrag der Institution “Krankenhaus“ und ein konkreter individueller Auftrag der Patientin. Beide Ebenen können, müssen sich aber nicht gänzlich überlappen. Der institutionelle implizite klassische Auftrag der sog. „Patientinvorstellung“ lautet in etwa: “Überprüfe, inwiefern die Patientin unter ihrem Tinnitus psychologisch leidet und ergreife Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Linderung dieses Leidens.“ Der institutionelle Auftrag läuft automatisch an, ab dem Moment, in dem die Patientin bestimmte Symptome bzw. Beschwerden etwa bei einer ärztlichen Anamnese angibt. Da der institutionelle Fürsorge- und Behandlungsauftrag jedoch allgemeiner Natur ist, muß er für eine gezielte psychologische bzw. therapeutische Intervention spezifiziert werden. Anders gesagt, er muß mit den jeweiligen Inhalten, Zielen auf die individuellen und persönlichen Lebensbedingungen und Handlungsziele der jeweiligen Patienten konkretisiert und gefüllt werden. Gerade wenn es sich um eine chronische Symptomatik handelt, wird der Erfolg einer Beratung bzw. Therapie entschieden davon mit beeinflusst, ob es mit viel Kontextsensibilität gelingt, herauszufinden, an welcher konkreten Stelle der Tinnitusbewältigung der jeweilige Patient gerade steht, wie sein bisheriges Bewältigungsmuster aussieht, welche konkreten Schritte er möglicherweise bereits hinter sich hat und welche persönlichen oder umgebungsrelevanten Ressourcen ihm dabei zur Verfügung standen bzw. ihm heute noch zur Verfügung stehen oder gerade durch bestimmte Umstände und Bedingungen blockiert werden. Dies ist deshalb sehr wichtig, weil es anzeigt, an welcher Stelle die Intervention konkret ansetzen soll und welche konkreten nächsten Schritte notwendig sind. Um die individuelle Auftragslage zu eruieren, fragt der Psychologe die Patientin nach ihrem genauen Anliegen, um im ambulanten, lösungs- und auftragsorientierten Rahmen des Gesprächs zuversichtlich und wiederum möglichst differenziert, gezielt, schnell und effektiv handeln zu können. Die Patientin antwortet nach relativ langem Überlegen:

Pat.: Ich bin hier, weil ich ein Geräusch im Ohr seit vielen Jahren habe und ich denke, Sie würden mir einen Vortrag darüber halten.

Der Psychologe versucht, ihre Repräsentation von „Vortrag“ zu explorieren und zu hinterfragen, um dadurch möglicherweise Anhaltspunkte für ihr konkretes Anliegen zu erhalten. Er läßt sich dabei von der Strategie leiten, nicht zu früh zu deuten, sondern Schritt für Schritt die Assoziations-Erwartungskette mit der Patientin gemeinsam und transparent zu rekonstruieren. Bei diesem Prozeß der Erwartungsklä rung relativiert sich die anfängliche Passivitätshaltung der Patientin, auch ihre anfangs zurückgelehnte Körperhaltung verändert sich (jetzt mit dem Körper mehr zum Psychologen gewandt). Das klärende Gespräch über den „Vortrag“, wie er aussehen soll und zu welchem Zweck usw. verschiebt sich danach langsam in Richtung auf eine gemeinsame Diskussion über somatische Therapiemöglichkeiten bei chronischem Tinnitus. Zu dem Zeitpunkt weiß der Psychologe immer noch nicht, inwiefern die Patientin ihren Tinnitus bisher kompensiert oder *präkompensiert* hat und wie groß ihr Leidensdruck ist.

Pat.: Ich dachte, vielleicht gibt es ja da mittlerweile was Neues, man hört ja hin und wieder was im Fernsehen. Was ist z.B. ein Masker? Kriegt man dadurch das Rauschen ganz weg?

Die Patientin läßt sich über „die letzten“ Therapieformen vom Psychologen informieren. Nachdem sie zu dem Schluß kam, daß es auf der medizinisch-kurativen Ebene z.Z. kein Medikament gibt, das zur unmittelbaren und gänzlichen Ausschaltung des chronischen Tinnitus

führt, lenkt sie das Gespräch auf eine eher „psychologische“ Ebene. Als Übergang hierzu greift sie das Thema des sog. „Tinnitusmaskers“ auf und sie relativiert anhand dessen ihre bisherigen Erwartungen.

Pat.: Wahrscheinlich kann sowas (sie meint den Tinnitusmasker) gar nicht beheben, man wird ja dadurch wahrscheinlich nur ein bißchen abgelenkt... Und Ablenkung haben wir genug auf dem Hof... Ich habe 15 Kühe zu melken. Wir sind nicht wie Rentner oder so, da hat man vielleicht da mehr Last mit, wenn man auf einmal keine Beschäftigung mehr hat. Bei uns ist immer was zu tun (lacht ). Deshalb glaube ich, ich brauche das alles gar nicht (lacht erneut)

Der Diskurs von Frau W. wird realistischer und sie wertet ihre aktuellen Lebensbedingungen und -ressourcen auf, indem sie sich von dem Bild des „aufgabenlosen Rentners“ abgrenzt. Das anfangs sich andeutende Klagen über den Tinnitus tritt deutlich in den Hintergrund. Im Gespräch wirkt die Patientin lebendiger als am Anfang. In dem darauf folgenden Gesprächsteil nimmt die Patientin im Zuge dieses für sie positiv ausfallenden sozialen Abgrenzungsvergleichs eine Abwägung ihrer aktuellen Beschwerden vor (Tinnitus, Schwindel, Hautallergie, Hypertonie). Dem Psychologen wird immer deutlicher, daß das Thema des chronischen Tinnitus z.Z. nicht ihr Hauptthema ist. Er ermutigt sie, beim Prozeß ihrer sich ankündigenden und sich andeutenden Symptomdefokussierung und –Akzeptanz zu bleiben. An dieser Stelle wirkt die Patientin immer mehr als Expertin ihrer biographischen Rekonstruktion im Zusammenhang mit der Geschichte ihrer bisherigen Krankheitsverarbeitung. Bei diesem Prozeß versucht der Psychologe die Patientin in ihrer Rolle als „Expertin für die eigene Bewältigung“ anzuerkennen und zu verstärken.

Pat.: Also wenn ich jetzt wirklich zurückdenke, dann muß ich, glaube ich, schon sagen, daß ich mich eigentlich schon seit langem auf dieses Rauschen eingestellt habe, weil mir schon damals schnell klar war, daß man da nix mehr machen kann. Wahrscheinlich ist das Beste, einfach das hinzunehmen wie es ist. Außerdem so schlimm ist es auch nicht, man kann damit schon leben. Was mich eigentlich jetzt beunruhigt, ist daß meine Hände und Füße im Moment so dermaßen überreagieren. Ich glaube, das liegt an einem neuen Produkt, wo viel Chemie drin war, das hatte ich im Sommer probiert. Das untersuchen sie gerade in der Hautklinik, ob es vielleicht doch daher kommt.

Auf die anschließende Skalierungsfrage des Psychologen (von 0 bis 10)<sup>9</sup> antwortet sie, daß sie mittlerweile sehr zuversichtlich ist (sie wählte Punkt 9 der angebotenen Skala). Darauf aufbauend stellten Psychologe und Patientin fest, daß es wahrscheinlich keiner weiteren Gespräche bedarf, wobei die Patientin sich die Option frei halten wollte, sich nochmals zu melden, wenn doch unerwartete Schwierigkeiten aufträten. In dem letzten Gesprächsteil erzählte die Patientin mehr über ihre „Theorien“ bzw. Hypothesen, worin nun die allergische Hautreaktion bestehen könnte. Das Thema der Defokussierung und Akzeptanz des Tinnitus war zwar abgeschlossen, jedoch schien die Patientin das Bedürfnis zu haben, über das für sie „Eigentliche“ und für sie aktuell-

---

<sup>9</sup> Die Zahl 0 bedeutet hier etwa: „ich bin überhaupt nicht zuversichtlich mit meinem Tinnitus für meine Verhältnisse normal weiter leben zu können und ich bin nicht zuversichtlich, daß ich es alleine schaffe“. Die Zahl 10 heißt etwa: „ich bin 100% zuversichtlich mit meinem Tinnitus für meine Verhältnisse weiter normal leben zu können und ich bin absolut zuversichtlich, es alleine schaffen zu können“ (vgl. z.B. de Shazer, u.a. 1989 )

relevante Problem zu reden; nämlich über das Thema der ätiologisch noch ungeklärten Hautreaktion. Der Psychologe gab ihr dann den entsprechenden Erzählraum, den sie zu benötigen schien und beschränkte sich auf eine mitfühlende Zuhörerrolle. Auf diese Weise wurde das Gespräch nicht abrupt beendet und die Patientin fühlte sich durch die entsprechende Problemwürdigung in ihrem aktuellen und eigentlichen Hauptthema angehört. Die Patientin beendete von ihrer Seite das Gespräch mit einem neuen Modell für ihre Erkrankung.

Pat.: Ich habe sowieso auch schnell einen hohen Blutdruck, wenn ich mich über etwas aufrege, es passiert zwar selten, aber wenn schon, dann geht der Blutdruck hoch, und ich glaube, daher kam, daß es mir schlecht war und schwindlig wurde...deshalb war ich hier in die HNO gelandet, ich glaube, ich habe mich unbewußt mehr aufgeregt über diese Geschichte, als ich dachte, das bleibt nicht aus, bin sowieso lieber draußen in der frischen Luft als im Krankenhaus herumzuhocken den ganzen Tag von morgens bis abends. An den Tinnitus hätte ich wahrscheinlich sowieso keinen Gedanken mehr verschwendet, wenn das hier nicht passiert wäre (zeigt auf ihre Hände).Schauen wir mal. Außerdem war ich sowieso ziemlich schlecht drauf an den Tag, wo man mich nach dem Rauschen gefragt hat... Ich danke Ihnen, daß Sie mir zugehört haben.

### **Fallbeispiel 2: Herr P. und das Autofahren**

Herr P. (32 Jahre alt) ist persischer Herkunft und studiert Soziologie. Er kommt in die Sprechstunde und klagt über einen seit 5 Jahren bestehenden Tinnitus. Er habe eine Reihe von fachmedizinischen Untersuchungen und Behandlungen hinter sich (Infusionen, Vorstellungen in der Orthopädie, Neurologie usw.), die nicht zu einer Beseitigung des Tinnitus geführt haben. Er habe sich irgendwann jedoch darauf eingestellt und habe erstmal damit leben können. Seit zwei Jahren jedoch bekäme er „Tinnitusattacken aus heiterem Himmel“, die meistens zu einer starken Wahrnehmung der Ohrgeräusche und einer entsprechenden gesteigerten gedanklichen Beschäftigung damit führten. Diese beklemmenden Attacken hatten sich in letzter Zeit so gehäuft, daß er eine psychiatrische Beratung in Anspruch nahm. Man habe ihm Beruhigungstabletten verschrieben, die er allerdings aus Angst vor Medikamentenabhängigkeit und Verlust des Selbstwirksamkeitsgefühls absetzte. Er wolle „selber aktiv etwas dagegen unternehmen“ (und „nicht nur Tabletten schlucken“) weshalb er, so sein Anliegen, mit einem Psychologen gemeinsam über seine „Art“, mit dem Tinnitus umzugehen, nachdenken wollte. Der Psychologe fragt ihn, in welchen genauen konkreten Situationen er die besagten „Attacken“ bekäme und woran er merken würde, daß er in dem Moment an seinem Tinnitus leide. Durch dieses gezielte Vorgehen relativiert bzw. spezifiziert sich bereits das „allgemeine Klagen“ bzw. Leiden und es läßt sich die Hypothese bestätigen, daß der Tinnitus für eine Reihe von alltäglichen Lebensbereichen (Schlafqualität, Freizeit, Sport, soziales Leben, usw.) kein Problem darstellt. Dagegen gibt es offenbar ganz spezifische Situationen, die als singuläre Problemsituationen zu betrachten sind und die dann relativ leicht als „bewältigbar“ erscheinen. In diesem Klärungsprozeß benennt der Betroffene zwei Situationen, die darauf hin getrennt diskutiert und analysiert werden: „beim Autofahren“ (in Zusammenhang mit der Arbeitssituation) und am „Schreibtisch“ (Lernsituation)

Th.: Woran merken Sie, daß Sie an Ihrem Tinnitus leiden? An welchen konkreten Situationen fällt Ihnen das auf, können Sie da z.B. ein System drin sehen?

Pat.: Meistens, wenn ich dienstlich mit dem Auto unterwegs bin, beim Autofahren bekomme ich diese starken Beklemmungsgefühle und wenn ich am Schreibtisch an meiner Arbeit

sitze oder was lernen muß... Ansonsten eigentlich kann ich damit schon umgehen, glaube ich....

Anschließend exploriert der Therapeut mit dem Patienten Bedingungen und Hintergründe der jeweiligen Situationen. Er unterstützt den Patienten dabei, nützliche hypothetische Konstruktionen zu bilden, die ein Verständnis für sein eigenes Verhalten bewirken können („Vielleicht ist es so, weil...“ bzw. „Es kann natürlich auch sein, daß...“ oder „Was wäre dann, wenn Sie in der Situation das tun, einfach weil...“ usw.). Durch eine Reihe von öffnenden und explorativen Fragen stellt sich heraus, daß es bei der ersten Situation „Autofahren“ nicht primär um den Tinnitus geht, sondern um eine für Herrn P. belastende Situation. Seit ca 2 Jahren habe er einen für ihn „stressigen Job“, bei dem er gewisse Tätigkeiten ausführen müsse, die für ihn mit „Angst“ und „Unsicherheit“ verbunden sein, zumal er im Rahmen der Altenpflege Tätigkeit Pflegepersonen auch mit dem Auto fahren müsse. Die „Tinnitusattacken“ kündigten sich mit „Beklemmungsgefühlen“ und „Angst vor Unfällen“ an. Sie traten typischerweise auf, wenn er die zu betreuende Person durch die verkehrsreiche Innenstadt zum Arzt oder zum Krankenhaus fahren müsse. Er besitze zwar seit langem einen Führerschein, habe jedoch, da er kein eigenes Auto besäße, an Fahrpraxis und vor allem an Fahrsicherheitsgefühl extrem verloren. Erst in solchen Situationen verschlimmere sich der Tinnitus erheblich. Seine innerliche „Anspannung“ sei während der Autofahrten am größten. Die vom Therapeuten unterstützte Umattribuierung von dem anfangs globalen und unverständlichen Tinnitus, der „aus einem heiteren Himmel“ sich manifestiere und den Betroffenen handlungsunfähig mache, hin zu dem eher verständlichen und nachvollziehbaren Tinnitus entlastet die Atmosphäre. Der Tinnitus wurde auf diese Weise „handhabbarer“ und der Betroffene kann handlungsfähiger erscheinen. Die restliche Zeit der Sitzung wird dann dem zweiten Thema „Lernen und Tinnitus“ gewidmet. Nach der gemeinsamen Exploration der möglichen Hintergründaspekte kristallisierte sich die Idee heraus, daß Herr P., der möglichst schnell seine Dissertation beenden möchte, um in seine Heimat zurückzukehren, in den letzten zwei Jahren einen bestimmten Lern-Arbeitsstil entwickelt hat, der ihn anscheinend sehr überanstrengt und der in die besagten „Attacken“ mündet. In der Lernsituation kündigen sich diese Attacken, nach genauem Hinsehen, mit Nachlaß der Konzentration und „Brummen im ganzen Kopf“ an. Die Zuspitzung der Situation wird hier mit der Hypothese „hochgesteckte Lernansprüche“ und „Pausenmangel“ in Verbindung gebracht. Das Reden und Denken über den Tinnitus spezifiziert sich in das Reden und Denken über den Tinnitus im Zusammenhang mit der problematischen konkreten Lernsituation.

Th.: Wie würden Sie Ihre Arbeitsweise bezeichnen?

Pat.: Ich würde sagen, große Einheiten möglichst am Stück, um den Faden nicht zu verlieren.

Th.: Wie lange brauchen Sie für so eine Einheit in der Regel?

Pat.: Es kommt drauf an, zwei, drei Stunden, manchmal aber auch mehr. Aber wie gesagt, in letzter Zeit wegen diesem Tinnitus, da geht irgendwann nichts mehr rein...und das ärgert mich sehr, muß ich sagen...

Th.: Wie wäre es dann, wenn dies aber ein Zeichen dafür wäre, daß Sie das ganze vielleicht mit insgesamt mehr Pausen angehen sollten?... Man sagt ja auch, daß Konzentrationsnachlassen häufig ein Zeichen von Übermüdung sein kann.

Pat.: Vielleicht habe ich ja auch einfach, weil ich die Zeit, die ich da verliere bei dem Job, versuche möglichst effektiv wieder reinzuholen... etwas mehr als sonst gemacht. Vielleicht wäre es tatsächlich besser, es mit mehr Pausen zu versuchen, vielleicht geht es irgendwie doch, daß ich mein Tagespensum hinkriege.

Th.: Die Frage ist aber auch die, ob man immer mehr als eine Stunde oder eineinhalb Stunden am Stück ...und zwar voll und ganz konzentriert und effektiv überhaupt arbeiten kann...

Mit der Thematisierung von „Pausen“ bzw. „Lernansprüchen“ oder „Konzentrationsnachlassen“ u.ä. gerät das globale Klagen über die berichteten „Tinnitusattacken“ etwas in den Hintergrund und relativiert sich zugunsten von „testbaren“ bzw. machbaren Lösungshandlungen (versuchen mehr und regelmäßige Lernpausen einzuhalten). Der Patient scheint bereit zu sein, andere Handlungsweisen testen zu wollen, in der Hoffnung, daß er sowohl seine Ziele erreicht, als auch sich vom Tinnitus in den jeweiligen Situationen weniger belästigt fühlen kann. Insgesamt sei er sehr zuversichtlich, mit seinem Tinnitus zu leben, da die eingangs geschilderten Attacken deutlich zurückgingen.

## Literatur

- Atkinson, P. Hammersley, M.: Ethnography and Participant Observation. In: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S.: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, London, New Delhi: 1994. S.248-261.
- Boothe, B.: Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen: 1994
- Breuer, F. (Hrsg.): Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Westdeutscher Verlag. Opladen: 1996.
- Buchholz, B.: Probleme und Strategien qualitativer Psychotherapieforschung in klinischen Institutionen. In: Psyche, 47(1). 1993: S.148-179.
- Buchholz, B. & Streeck, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag. Opladen: 1994.
- Buchholz, B. & Streeck, U. : Qualitative Forschung und professionelle Psychotherapie. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung, Bd. 1. 1999: S. 4-30.
- Buchholz, B.: Psychotherapie als Profession. Psychosozial Verlag. Gießen: 1999.
- Buchholz, B. & Kleist, C.: Szenarien des Kontakts. Eine metapheranalytische Untersuchung stationärer Psychotherapie. Psychosozial Verlag. Gießen: 1999.
- Denzin, N.K.: The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods. McGraw Hill: 1970, 1978.
- De Shazer, S.: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett. Stuttgart:1989. Original: „Keys to Solution in Brief Therapy“. Norton. New York: 1985. Aus dem Amerik. von Ulrike Stopfel.
- Elbina, A., Nieschalk, M., Stoll,W.: Tinnitus und Hörsturz, eine Systemische Psycho-Sozio-Somatische Perspektive im Kontext funktioneller Hörstörungen. In: Familiendynamik: 2001a. Zur Publikation eingereicht.
- Elbina, A., Nieschalk, M., Stoll, W.: „Präkompensation“ und „Systemische Selbstregulationskompetenz“. - Ein Ressourcenorientiertes Therapiekonzept für funktionelle Hörstörungen - In: Zeitschrift für Systemische Therapie: 2001b. Zur Publikation eingereicht.
- Feldmann, H. (Hrsg.): Tinnitus. Unter Mitarbeit von T. Lenarz und H.v.Wedel. Georg Thieme Verlag. Stuttgart; New York: 1992.
- Foerster, H.v.: Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): S. 39-60. Die erfundene Wirklichkeit. Pieper. München: 1981.
- Foerster, H.v.: Konstruktivismus versus Solipsismus. Fragen an Heinz von Forester. In: Simon, F: (Hrsg.): Lebende Systeme, S.121-123. Springer. Berlin; Heidelberg: 1988.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: The Discovery of Grounded Theory Analysis. Strategies for Qualitative Research. Aldine. Chicago: 1967.
- Glaser, B.G.&Strauss, A.L.: Status passages, Aldine. Chicago: 1971.
- Goebel, G. (Hrsg.): Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz. München: 1992.
- Grüner, K.-W.: Techniken der Datensammlung, 2. Beobachtung. Stuttgart: 1974

- Illich, I: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. Verlag C.H.Beck. München:1995.
- Jacobi, F. & Poldrack, A.: Klinisch-Psychologische Forschung. Hogrefe. Göttingen: 1999.
- Jacobi, F. & Kosfelder, J.: Psychotherapieforschung. In: Jacobi, F. & Poldrack, A.: Klinisch-Psychologische Forschung. Hogrefe. Göttingen: 1999. S.245-266.
- Jellouschek, H.: Paarbeziehung und Krebs. Unveröffentlichter Vortrag. Zur Publikation angenommen bei dem Auditorium Verlag. Schwarzach/M.: 1999.
- Köckeis-Stangl, E.: Methoden der Sozialforschung. In: Ulich, D., Hurrelman, K. (Hrsg.), Handbuch der Sozialisationsforschung.. Weinheim: 1980.S. 321-370.
- Kuhn, T.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp. Frankfurt am Main: 1976. Zweite revidierte und ergänzte Auflage. Aus dem Amerikanischen von Kurt Simon.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken/Band2. Psychologie Verlags Union. München und Weinheim: 1989.
- Ludewig, K: Nutzen, Schönheit, Respekt. Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. In: System Familie1. 2. 1988: S. 103-114.
- Ludewig, K: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Klett-Cotta. Stuttgart: 1992.
- Merton, R.,K., Kendall, P.: Das fokussierte Interview. In: Qualitative Sozialforschung, Hopf, C., Weingarten, E. (Hrsg.). Stuttgart: 1984. S.171-204.
- Mücke, K.: Systemische Beratung und Psychotherapie. Ein pragmatischer Ansatz. Klaus Mücke Ökosysteme Verlag. Berlin: 1998.
- Muckel, P: Qualitative Psychodiagnostik. Überlegungen zu einer Theorie subjektorientierter Psychodiagnostik. In: Journal für Psychologie, Jahrgang 4, Heft 4. 1996: S.28-36.
- Nitzschke, B. : Die besonderen Wissensformen der Psychoanalyse. Wissenschaftshistorische Anmerkung zum Junktum zwischen Heilen und Forschen in der Freud'schen Psychoanalyse. In: Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und Qualitative Sozialforschung. Herausgegeben von Buchholz&Streeck. Westdeutscher Verlag. Opladen: 1994, S.13-37.
- Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen: 1999.
- Schlippe, Von A. & Schweizer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen; Zürich:1996.
- Schmidtbauer, W.: Die Kritik der Psychosomatik. Rowohlt. Reinbeck: 1986.
- Sonntag, M.: Die Seele als Politikum. Psychologie und die Produktion des Individuums. Dietrich Reimer Verlag. Berlin: 1988.
- Stoll, W., Nieschalk, M., Winter, B.: Klinische Aspekte zur Tinnitusbewältigung. In: Laryngo-Rhino-Otologie 74. 1995: S. 594-600.
- Strauss, A. L: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Wilhelm Fink Verlag. München: 1991. Aus dem Amerik. von Astrid Hildenbrand. Erschienen in der Reihe: Übergänge, Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt, herausgegeben von Richard Grathoff und Bernhard Waldenfels.
- Strauss, A. L. & Corbin, J.: Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz; Psychologie Verlags Union. Weinheim:1996. Aus dem Amerikanischen von Solveigh Niewiarra und Heiner Legewie.
- Vernon, Jack A: Tinnitus treatment and relief. Allyn and Bacon, Boston: 1998.
- Wettreck, R.: „Arzt sein-Mensch bleiben“. Eine qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Reihe: Psychologische Erkundungen, Band 3. Lit Verlag. Münster: 1999.
- White, M.& Epston, D.: Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. Carl-Auer-Systeme Verlag. Dritte überarbeitete Auflag. Heidelberg: 1998.