

Evelin Ackermann

## Biographische Komponenten für die Krankheitsbewältigung

Ergebnisse einer Studie zu subjektiven Krankheitstheorien von PatientInnen mit Tinnitus

## Biographical components of coping

Results of a survey on subjective illness-theories of patients suffering from tinnitus

### **Zusammenfassung:**

Die Studie erforscht das subjektive Krankheitserleben von TinnituspatientInnen und die Bedeutung von individuellen Sinnkonstituierungsprozessen für den Umgang mit diesen PatientInnen. Die Untersuchung basiert auf 19 hermeneutisch ausgewerteten Leitfadeninterviews mit ambulanten TinnituspatientInnen. Die Kodierung und Interpretation des empirischen Materials erfolgte kombiniert nach den Prinzipien der Grounded Theory und der qualitativen Inhaltsanalyse. Wir fanden vier idealtypische Formen der Krankheitsbewältigung, die mit entsprechenden Modi der Selbst- und Weltauslegung korrespondieren. Die systematische Einbeziehung der subjektiven Krankheitstheorien von TinnituspatientInnen und der biographischen Kontextualisierung kann wesentlich zur Prävention von Dekompensationsprozessen beitragen.

**Schlagworte:** Subjektive Krankheitstheorien, Tinnitus, Krankheitsbewältigung, Biographieforschung, psychosomatische Tinnitusbehandlung

### **Abstract:**

The goal of our research project is to explore how tinnitus patients create subjective illness-theories and to reconstruct whether and how these theories influence their illness-behavior. The study is based on 19 semi-structured interviews with tinnitus out-patients, analyses were done using methodical hermeneutics. The coding and interpretation of the data was realized in terms of Grounded Theory in combination with qualitative content analysis. Four typical ways of coping were found, each of them determined by a corresponding mode of self and world interpretation. The systematic inclusion of the explicit and implicit content of the lay-theories of tinnitus-patients, as well as of their respective biographical backgrounds, can be a substantial contribution to the prevention of processes of tinnitus-decompensation.

**Keywords:** Subjective illness-theories, tinnitus, coping, biographical research, psychosomatic tinnitus treatment

## 1. Ausgangslage

Etwa 35 bis 45 % der in Industriegesellschaften lebenden Menschen verspüren im Laufe ihres Lebens pathologische Ohrgeräusche (vgl. Goebel/Fichter 1998; vgl. Svitak/Rief/Goebel 2001). Bei zwischen 0,5% und 2,4% der Bevölkerung entwickelt sich daraus ein dauerhafter, lauter und störender Tinnitus, dem die Betroffenen einen hohen Krankheitswert zuschreiben. In Deutschland umfasst diese Personengruppe immerhin ca. 1,5 Millionen Menschen (vgl. Pilgramm u.a. 1999).

Der epidemiologischen und medizinischen Bedeutung, die der Diagnose Tinnitus mittlerweile zukommt, entspricht eine verstärkte Forschungstätigkeit. Neben einer komplexitätsbewussten Ursachenforschung (vgl. Jastreboff 1990, Georgiewa u.a. 2006) geht es dabei insbesondere um die Aufklärung klinisch beobachtbarer intra- und interindividueller Unterschiede hinsichtlich der Tinnitusbeeinträchtigung und -bewältigung. Als maßgebliche Faktoren für Chronifizierungs-, vor allem aber für Dekompensationsprozesse werden eine erhöhte psychische und/oder somatische Komorbidität, überdurchschnittliche familiäre und Alltagsbelastungen und reduzierte oder bereits erschöpfte Bewältigungsressourcen genannt (vgl. Goebel/Fichter 1998; vgl. Hiller/Janca/Burke 1997; vgl. Hiller/Goebel 1998; vgl. Jäger/Lamprecht 2001; vgl. Konzag u.a. 2005). Einzelne Studien befassen sich mit dem Einfluss von Kognitionen bzw. mit der Identifikation von Prädiktoren zur Früherkennung eines Dekompensationsrisikos (vgl. Rienhoff/Thimm/Pöllmann 2002; vgl. Olderog u.a. 2004).

## 2. Kurzer Abriss des methodischen Vorgehens

Im Gegensatz zu der skizzierten Forschungstradition, die durchgängig auf dem Einsatz standardisierter Fragebögen beruht, haben wir uns dafür entschieden, die subjektiven Krankheitstheorien von TinnituspatientInnen mit Hilfe schwach strukturierter Leitfadeninterviews zu untersuchen. Die dadurch mögliche Berücksichtigung subjektiver Relevanzstrukturen schien uns besonders wichtig, weil bei dem Beschwerdekomples Tinnitus das persönliche Empfinden der PatientInnen und die objektiven Befunde extrem divergieren können. Uns interessierte vor allem, ob und wie intra- und interindividuelle Unterschiede im Umgang mit Ohrgeräuschen auf unterschiedliche krankheitsbezogene Sinnzuschreibungen und Deutungsmuster zurückzuführen sind. Dabei nahmen wir an, dass die Haltung zum eigenen Körper und die Interpretation von Körperphänomenen durch lebensgeschichtlich erworbene Dispositionen, Erfahrungen und Selbstsichten sowie durch die Umstände der aktuellen Lebenssituation beeinflusst werden.

Es wurden 31 konsekutive Leitfadeninterviews mit ambulanten PatientInnen durchgeführt, bei denen ein chronischer (61,3%) oder ein subakuter (38,7%) Tinnitus vorlag und die eine Tinnitusmindestbelastung von 15 Punkten im Tinnitusfragebogen (TF) nach Goebel und Hiller (1998) aufwiesen. Das Sample bestand aus 17 (54,8%) Frauen und 14 (45,2%) Männern, die zwischen 19 und 60 Jahren alt waren. Die von uns vorformulierten Erzählaufforderungen, auf die wir prinzipiell erst zurückgriffen, wenn sich abzeichnete, dass die InformantInnen den jeweiligen Themenkomplex nicht von selbst ansprechen würden, bezogen

sich auf die Krankheitserfahrungen, das biographische Gewordensein und auf die Charakterisierung der eigenen Persönlichkeit. Alle Interviews wurden vollständig transkribiert und zusammengefasst.

Bei der Auswertung des so aufbereiteten Materials orientierten wir uns an den von Strauss (1994), Strauss und Corbin (1996) und Mayring (1994) formulierten Anregungen für eine methodisch kontrollierte qualitative Datenanalyse und Theoriebildung. Auf der Basis der line-by-line-Analysen dreier miteinander kontrastierender Interviews wurde ein Kodierleitfaden entwickelt. Die intersubjektive Geltung der aus den Daten gewonnenen Kategorien, Subkategorien und Dimensionen wurde durch regelmäßige Diskussionen innerhalb einer interdisziplinären Forschungsgruppe gesichert.

Nach dem von Strauss (1994) bzw. von Strauss und Corbin (1996) entwickelten Verfahren des Theoretical Samplings wurden aus dem oben beschriebenen Datenpool 19 Interviews ausgewählt (durchschnittliche Interviewlänge 61 Minuten/12777 Wörter). Entlang der Strategien des minimalen und maximalen Vergleiches (ebd.) wurden systematisch solche Fälle in die Untersuchung aufgenommen, die ähnliche oder abweichende Ausprägungen der bereits gefundenen Phänomene aufwiesen oder aber Hinweise auf bisher noch nicht berücksichtigte Sachverhalte lieferten. Solche aufeinander aufbauenden Auswahlentscheidungen mussten im Laufe des Forschungsprozesses so lange getroffen werden, bis sich die datenbasierten theoretischen Konzepte nicht mehr durch weitere, im empirischen Material sichtbar werdende Eigenschaften oder Zusammenhänge ausdifferenzieren ließen.

Das auf diese Weise gewonnene Sample von 19 TinnituspatientInnen setzte sich aus 11 (58%) Frauen und 8 (42%) Männern zusammen, die zwischen 20 und 60 Jahren alt waren. Bei 14 Patienten (8 w, 6 m, insgesamt 73,7%) lag ein chronischer Tinnitus mit einer durchschnittlichen Dauer von 48,5 Monaten vor, wobei der kürzeste Erkrankungszeitraum 14 und der längste 96 Monate umfasste. 5 PatientInnen (3 w, 2 m, insgesamt 26,3%) befanden sich in einem subakuten Tinnitusstadium mit einer durchschnittlichen TinnitUSDauer von 7,4 Monaten.

### 3. Ergebnisse

Die subjektiven Krankheitsvorstellungen von TinnituspatientInnen bilden sich auf drei Ebenen ab. Zum einen werden sie dort sichtbar, wo die Betroffenen ihre Tinnituswahrnehmung rekonstruieren und die Symptome beschreiben. Zum anderen zeigen sie sich im Rahmen argumentativer Kommentare, in denen es um die Bewertung des Geschehens geht (vgl. Ackermann u.a. 2005, Ackermann/Frommer 2006). Schließlich finden sie sich auch in Erzählungen, die sich auf konkrete Handlungen und Ereignisse im Zusammenhang mit der Bewältigung der Ohrgeräusche beziehen. Ich möchte mich hier auf den zuletzt genannten Aspekt – die Krankheitsbewältigung – konzentrieren und die entsprechenden Befunde gerafft präsentieren, bevor ich exemplarisch die biographische Fundierung von Bewältigungsmustern veranschaulichen werde.

### 3.1. Die Anpassung an die Krankheit als aktives oder reaktives Geschehen

Da die meisten unserer ProbandInnen ihren Tinnitus als ein zu bewältigendes Leiden einstufen, war es nicht verwunderlich, dass es in ihren Schilderungen durchgängig um Versuche der Anpassung an die Krankheit ging, während Handlungen, die als Anpassungsverweigerung hätten interpretiert werden können, fehlten<sup>1</sup>. Allerdings unterschieden sich die von uns interviewten PatientInnen hinsichtlich der Aktivitätsgrade ihrer Anpassungsbemühungen, die sich entlang der Dimension „aktiv-reaktiv“ differenzieren ließen.

*Aktive Tinnitusbewältiger* zeichneten sich durch Eigeninitiative im Umgang mit dem Medizinsystem aus. Dass sie sich selbstständig um eine Erweiterung ihres krankheitsbezogenen Wissens bemühten, ermöglichte ihnen, Einfluss auf das diagnostische oder therapeutische Procedere zu nehmen. Dies geschah in Gestalt einer Initiierung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen, einer Auseinandersetzung mit ärztlichen Verordnungen, der gleichzeitigen Konsultation mehrerer ÄrztInnen und/oder der Selbstmedikation. Einem derartigen Verhalten lagen jedoch unterschiedliche Motive zugrunde, die auch die jeweilige Einstellung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen prägten: Für vier weibliche der acht zu dieser Gruppe gehörenden PatientInnen war der Tinnitus zum *Anstoß* geworden, *die eigenen Lebensgewohnheiten zu überdenken* bzw. zu verändern. Maßnahmen zur Gesunderhaltung hatten sie – bis auf eine Ausnahme – bereits selbstverständlich in die tägliche Lebenspraxis integriert. Während über die Hälfte der Frauen unseres Samples als aktive Krankheitsbewältiger gelten konnten, zeigten sich nur bei einem Viertel der Männer entsprechende Verhaltensweisen. Die betreffenden Probanden (N=2) begriffen ihre *Krankheit als eine zeit- oder geldaufwändige Aufgabe* und konzentrierten sich vor allem auf die Mobilisierung medizinischer Ressourcen. Die ihrem Krankheitsbewältigungsmuster zugrunde liegende instrumentelle Einstellung spiegelte sich auch in ihrem Gesundheitsverhalten wider: Gesunde Ernährung, Sport bzw. regelmäßige Abhärtung wurden von ihnen aus Vernunftgründen praktiziert oder als lästige Pflichtübungen vor sich hergeschoben. Eine dritte Untergruppe war durch zwei Frauen vertreten, die sich wegen ihres Tinnitus einer Selbsthilfegruppe angeschlossen hatten. Sowohl das Krankheitsbewältigungsverhalten dieser Patientinnen als auch ihre Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung schienen maßgeblich von ihrem *Bedürfnis nach sozialen Kontakten* bestimmt zu sein.

Drei ProbandInnen unseres Samples ließen sich *weder eindeutig der Gruppe der aktiven noch derjenigen der reaktiven Krankheitsbewältiger* zuordnen. Sie brachten zwar das Bedürfnis, ihren Umgang mit der Krankheit selbst zu gestalten, zum Ausdruck und unternahmen z. T. sogar entsprechende Anläufe, verfolgten diese dann aber nicht oder nur noch halbherzig weiter bzw. entwerteten ihre Aktivitäten nachträglich. Dadurch war es ihnen offenbar möglich, die Verantwortung für ihren Körper an ExpertInnen zu delegieren, ohne sich dabei vollkommen passiv fühlen bzw. explizit als Objekte fremder Handlungen definieren zu müssen. Hinsichtlich ihres Gesundheitshandelns zeigte sich diese Gruppe heterogen: während eine Frau ausführlich ihre Aktivitäten darstellte, ging die andere gar nicht auf das Thema ein. Der männliche Proband präsentierte sich auch hier ambivalent und formulierte „gute Vorsätze“, die er allerdings noch nicht verwirklicht hatte.

Die acht ProbandInnen, deren Umgang mit dem Tinnitus als *reaktives Verhalten* einzustufen war, wiesen in der Interaktion mit dem Medizinsystem nur dort Eigeninitiative auf, wo sie sich enttäuscht von dem diagnoseüberbringenden Arzt abwandten oder aber – in Einzelfällen – eine Verordnung (u.a. bezeichnenderweise Psychotherapie) ablehnten. Grundsätzlich gestalteten die zu dieser Gruppe Zählenden die Arzt-Patient-Beziehung nach dem paternalistischen Modell. Dass sie die ihnen darin zugewiesene passive Patientenrolle einnahmen, zeigten diese InformantInnen durch ihre selbstverständliche Orientierung an dem üblichen Behandlungssetting und den damit verbundenen Routineabläufen. Der nur in diesen Interviews vorkommende falsche Gebrauch medizinischer Termini deutete ebenfalls auf die fraglose Akzeptanz eines Experten-Laien-Gefälles hin, wobei die Ärzte entweder idealisiert oder entwertet wurden. Die reaktiven Krankheitsbewältiger unseres Samples bemühten sich gar nicht oder nur in geringem Ausmaß um Informationen über ihre Krankheit. Wenn überhaupt, so stießen sie eher zufällig, durch Hinweise anderer, auf Broschüren oder Fernsehsendungen. Während die meisten dieser PatientInnen bestrebt waren, sich von den Ohrgeräuschen nicht weiter irritieren zu lassen, hatten sich zwei von ihnen resigniert bzw. verbittert zurückgezogen. Die Initiativlosigkeit im Umgang mit der Krankheit fand ihr Pendant in den Aussagen, in denen es um Gesundheitshandeln ging. So wertete ein großer Teil der InformantInnen sowieso anfallende Arbeiten in Haus, Garten oder auch im Beruf als gesundheitsfördernde Komponenten. Über die tägliche Routine hinaus gehende Aktivitäten beschränkten sich auf unregelmäßigen Freizeitsport mit der Familie. Nur zwei ProbandInnen sprachen ernährungsbezogene Aspekte an, wobei sie allerdings selbstironisch oder gar schuldbewusst zum Ausdruck brachten, sich regelmäßig wider besseres Wissen zu verhalten.

### 3.2. Der Einfluss biographischer Prozessstrukturen<sup>2</sup> auf das Krankheitserleben und die Krankheitsbewältigung von TinnituspatientInnen

Da wir unsere InterviewpartnerInnen auch angeregt hatten, uns Einblicke in ihre Lebensgeschichte zu geben, konnten wir in unserem empirischen Material nach möglichen Verbindungen zwischen der Haltung zum Tinnitusgeschehen und der Haltung zur eigenen Biographie suchen. Diese bildete sich bereits auf formaler Ebene ab. So reagierten unsere ProbandInnen auf das ihnen angetragene Handlungsschema des biographischen Erzählens recht unterschiedlich. Während einzelne InformantInnen mit einer elaborierten und eigenständig strukturierten Narration oder aber mit der lakonischen oder sogar widerwilligen Beantwortung von Fragen die Extrempole der möglichen Darstellungsformate absteckten, präsentierten die meisten InterviewpartnerInnen eine Zwischenform und boten – in individueller Mischung – sowohl längere selbstläufige Erzählpassagen als auch kondensierte Darstellungselemente. Insgesamt zeigte unser empirisches Material, dass sich TinnituspatientInnen im Umgang mit ihrer Erkrankung an den gleichen Prinzipien orientieren, auf die sie auch bezüglich ihrer Lebensgestaltung und ihrer retrospektive Erfahrungsstrukturierung zurückgreifen. Dies soll im Folgenden mit ausgewählten Kontrastbeispielen illustriert werden.

### 3.2.1. Transformation einer biographischen in eine somatische Verlaufskurve: Das Beispiel des Schweißers 015AO<sup>3</sup>

Als Repräsentant eines reaktiven Krankheitsbewältigungsverhaltens verkörpert der Schweißer 015AO einen Extremtypus. Seine passive und abwartende Haltung korrespondiert mit seiner Orientierung an einem paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, in dessen Konsequenz er die Verantwortung für seinen Körper und für die von diesem produzierten Symptome ausschließlich an fremde Experten delegiert. In seiner Antwort auf die erste Interviewfrage nach dem Auftreten der Ohrgeräusche berichtet der Proband von der „*offiziellen*“ Diagnose einer Medizinerin, die erfolgt sei, nachdem sich sein bereits bestehendes Ohrgeräusch nach einem Schweißunfall verschlimmert habe. Die ärztliche Prognose „*das ist Tinnitus, da kann Ihnen niemand helfen*“ (015AO, der Schweißer: 10) führt der Mann als Begründung dafür an, dass er sich zunächst „*da im Prinzip – gar nicht weiter drum gekümmert*“ habe (015AO, der Schweißer: 10). Dass sich seine Symptome innerhalb der letzten 6 bis 7 Monate unerträglich gesteigert hätten, könne er sich nicht erklären. Er gibt an, mittlerweile unter permanenten Schlafstörungen und einem „*Krach in dem Ohr*“ (015AO, der Schweißer: 48, 230) zu leiden, der seine zahlreichen anderen chronischen Krankheiten völlig in den Schatten stelle. Der Tinnitus belaste ihn stark, er mache ihn „*wahnsinnig*“, „*alle*“ bzw. „*verrückt*“. Mehrfach konstruiert der Proband Gegensatzanordnungen, in denen der Tinnitus als einziger Belastungsfaktor, der seine Lebensqualität mindere, erscheint. Gegen Ende des Interviews führt der Schweißer sein gegenwärtiges Leiden maßgeblich auf ärztliche Unterlassungsfehler zurück. Dies ermöglicht ihm einerseits eine Affektabfuhr:

*„wie gesagt, ich bin stinksauer, dass/ dass ich jetzt hier ((tiefes Atmen)) seit/ seit über zwei Jahren dauernd nun auch schon bei Ärzten gewesen sind (I: Ja) und dass da kein Arzt zu mir gesagt hat, ‘du musst da irgendwo mal auch’/ was weiß ich, ‘ne Transfusion [gemeint ist sicher eine Infusion, E.A.] kriegen oder’/ das ärgert mich. (I: Ja) Das macht mich jetzt alle.“* (015AO, der Schweißer: 662-664).

Andererseits kann der Mann über derartige Schuldzuweisungen seine Selbstwahrnehmung als Objekt fremder Handlungen festigen und seine Hoffnung auf Hilfe von außen aufrechterhalten, indem er auf zukünftige „bessere“ Untersuchungen bzw. Behandlungsmaßnahmen setzt.

Dass die Dramatisierung der Tinnitussymptomatik, die das Krankheitserleben des Schweißers 015AO prägt, als eine Anpassungsleistung gewertet werden kann, durch die der Patient eine biographische Verlaufskurvenentwicklung abzubremsen versucht, wird deutlich, wenn seine lebensgeschichtlichen Rekonstruktionen hinzugezogen werden. Schon im ersten Segment seiner biographischen Erzählung spiegelt sich eine für den Schweißer 015AO typische Tendenz wider, problematische Lebenserfahrungen herunterzuspielen bzw. zu normalisieren. So formuliert er die folgende Einleitung:

*„Das ist eigentlich/ eigentlich alles ganz normal. Ich bin ‘47 geboren. Was das für ‘ne Zeit war, das – wissen Sie ja sicher.“* (015AO, der Schweißer: 256)

Entgegen seiner impliziten Ankündigung, die Jahre seiner frühen Kindheit zu schildern, kommt der Erzähler unmittelbar auf die schwere Erkrankung seines Vaters zu sprechen, die eingesetzt habe, als er selbst 15 oder 16 Jahre alt gewesen sei.

„Mein Vater war – mit 48 Jahren Invalidenrentner. (I: mh) Der hat hier – in dem Haus [gemeint ist die Klinik, in der das Interview geführt wurde, E.A.] gelegen jahrelang. (I: mhm) Ist '74 gestorben, schwerst gelähmt. Mit 61. Ich habe den vom 48. bis zum 61. Lebensjahr mit meiner Mutter gepflegt. Hat 86 Mark Rente gekriegt von der Deutschen Demokratischen Republik. Das hat mich natürlich geprägt.“ (015AO, der Schweißer: 258-262)

Nach einer längeren Hintergrundkonstruktion besinnt sich der Proband erneut auf die an ihn herangetragene Bitte um die Erzählung seiner Lebensgeschichte, der er wie folgt nachkommt:

„Na, und was soll ich Ihnen noch erzählen? ... Ich habe vier Kinder, – ich habe '70 geheiratet, habe '86 noch einmal geheiratet. (I: mhm) ... Eigentlich alles ganz normal. Habe fast 40 Arbeitsjahre. – Hätte es normalerweise geschafft. ... (I: Was hätten Sie normalerweise geschafft?) Na, alles. (I: mhm) Alles. – Meine Frau hat 'n Job, die verdient genug Geld. (I: mhm) Einen Sohn hab' ich noch zu Hause, der – fängt jetzt an zu studieren. (I: mhm) Lläuft eigentlich alles – bestens. (I: mhm) – Bis auf das Ohr.“ (015AO, der Schweißer: 270-282)

Schon aus den bis hierher zitierten Interviewausschnitten, in denen der Schweißer 015AO eine erste Übersicht über den Verlauf seines Lebens gibt, kann auf eine biographische Selbstsicht geschlossen werden, die sich durch ein Bedürfnis nach sozialer Konformität und Normalität sowie durch eine starke Orientierung an Leistung und materiellen Werten auszeichnet. So führt der Mann seinen Vater über dessen Invalidität und die damit verbundene niedrige Rente, seine Ehefrau über deren gut bezahlte Berufstätigkeit und seinen Sohn über dessen Status als angehender Student ein. Als er über sich selbst spricht, greift der Schweißer 015AO ebenfalls auf die Kategorie „Leistung“ zurück. Durch den Einsatz des Konjunktivs und der einschränkenden Partikel „normalerweise“ („Hätte es normalerweise geschafft“) zeigt er jedoch gewisse Schwierigkeiten an, die eingangs behauptete Normalität zu belegen. Auf eine Nachfrage der Interviewerin reagiert er mit einer verallgemeinernden Antwort, um dann in einem zweiten Anlauf die Aufmerksamkeit von sich weg und auf seine Familienmitglieder abzulenken. Die von ihm angedeutete Diskrepanz zwischen seinem Normalitätsanspruch und dem faktischen Verlauf seiner Lebensgeschichte plausibilisiert der Schweißer 015AO nicht mehr durch weitere Ausführungen zu seinem Werdegang, sondern mit Hilfe der unvermittelt hinzugefügten Proposition „Lläuft eigentlich alles – bestens. (I: mhm) – Bis auf das Ohr.“

Der Tinnitus scheint für den Probanden zu einer Chiffre geworden zu sein, unter der er wesentlich gravierendere Problemstellungen, die er in einigen Interviewpassagen deutlich zum Ausdruck bringt, subsumiert. So beklagt der Schweißer 015AO gleich zu Beginn des Interviews seine starke Arbeitsbelastung, die durch lange Arbeitszeiten und weite Anfahrtswege bedingt sei. Als er an späterer Stelle über die schon länger schwelende und sich akut zuspitzende Unsicherheit seines Arbeitsplatzes spricht und erklärt, dass er innerhalb der nächsten Monate mit einer Kündigung rechnen müsse, zeigt sich, dass er bereits in eine ernst zu nehmende Identitätskrise geraten ist. Mehrere Kommentare zeugen von seiner aktuellen Ratlosigkeit und Resignation. Weil der Patient seinen eigenen und den Wert der ihn umgebenden Menschen vornehmlich an den Kriterien „Leistungsfähigkeit“ und „Verdienst“ misst, empfindet er sein absehbares Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess offenbar wie eine Vernichtung seiner Person:

„Aber dann passiert nichts mehr. Also beruflich nichts mehr. Da ist/ kommt ‘s Aus.“ (015AO, der Schweißer: 400)

Seine Kränkungsgefühle, die, wie seine Erzählung zeigt, nicht nur auf seine Arbeitssituation, sondern auch auf eine zunehmende Entfremdung von seiner Ehefrau und einen schleichenden Prozess der sozialen Isolation zurückgehen, blendet der Proband regelmäßig aus, sobald er zu einer Bewertung seines bisherigen Lebens schreitet. So zieht er gegen Ende des Interviews noch einmal eine Bilanz, in der er – wie schon mehrere Male zuvor – den Tinnitus als Platzhalter für sämtliche Bedrohungen, denen er sich ausgesetzt fühlt, einsetzt:

„ich hab’ die ganzen/ ich hab’ ja fast 40 Arbeitsjahre, fehlen nur noch ‘n paar Monate/ äh/ 40 Jahre gearbeitet. ... Habe eigentlich alles, – was ich mir denken kann. [...] ((betont bis +)) läuft eigentlich alles (+), mir könnte eigentlich normalerweise nicht viel passieren. (I: mhm) Aber das ((deutet vermutlich an sein Ohr)) – macht mich verrückt. (I: mhm) Das macht mich verrückt. (I: mhm) Das ist – absolut jetzt – hart an der Grenze.“ (015AO, der Schweißer: 578-586)

Dass er seine berufliche Perspektivlosigkeit besser handhaben kann, wenn er sie auf ein körperliches Gebrechen zurückführt, zeigt der Schweißer 015AO, wenn er, nachdem er über seine Tinnitusbeschwerden gesprochen hat, resümierend feststellt:

„Also so/ ph/ kann ‘s nicht weitergehen. Das/ da – kann ich das – beruflich alles nicht mehr machen.“ (015AO, der Schweißer: 242)

Die Tinnituserkrankung erlaubt dem Schweißer, seine drohende kündigungsbedingte Beschäftigungslosigkeit mit einer krankheitsbedingten Berufsunfähigkeit zu vermischen. Indem er seine Vorstellungen von einem guten Leben an die Vision von einem Leben ohne Ohrgeräusche bindet, kann er an seiner Orientierung an Leistung und materiellem Besitz festhalten. Statt sein Wertesystem vielleicht so zu verändern, dass er auch einem Leben ohne Berufstätigkeit Sinn abgewinnen könnte, greift der Proband zu dem Mittel der Umdeutung und lässt seine psychosoziale Gesamtproblematik in einem medizinisch fassbaren, aber unbehandelbaren Krankheitsbild aufgehen. Dies ermöglicht ihm, sich von jeglicher Verantwortung für seinen gegenwärtigen Orientierungsverlust freizusprechen und die Selbstfürsorge, die er nicht aufbringen kann, an Ärzte und andere ExpertInnen zu delegieren. Vermutlich könnte dieser Patient seine Krankheitsfixierung nur aufgeben, wenn er – statt immer neuer somatischer Behandlungsversuche – Impulse für eine biographische Reflexion erhielte und eine professionelle Begleitung angeboten bekäme, die ihn bei der schmerzhaften Auseinandersetzung mit seinen Leistungsansprüchen und seiner auf das bloße Funktionieren reduzierten Selbstsicht unterstützen würde.

### 3.2.2. Die Orientierung an institutionellen Ablaufmustern als biographische Ordnungsstruktur und als Basis der Tinnitusbewältigung: Das Beispiel des angehenden Masseurs 006MB

Auch der angehende Masseur 006MB verkörpert ein reaktives Krankheitsbewältigungsverhalten, das mit einer sozial-externalen Kontrollüberzeugung einher-

geht. Statt sich jedoch, wie der Schweißler 015AO, verbittert-resigniert in die Krankheit zurückzuziehen, verlegt sich der 39jährige Patient auf die Herunterstufung seiner seit 8 Jahren bestehenden Symptomatik. Er relativiert seine gegenwärtige Belastung zum Beispiel dadurch, dass er sie mit einer möglichen, aber noch nicht eingetretenen Verschlimmerung konfrontiert. Er räumt seinem Tinnitus den Status eines Interaktionspartners ein, dem er ein von ihm nicht zu beeinflussendes Eigenleben zubilligt:

*„Aber am schlimmsten ist es eben am Abend oder in der Nacht, wenn man wach wird – und draussen ist es ganz ruhig – und sitzt dann so ein kleiner Mann im Ohr und fängt an zu springen“* (006MB, der angehende Masseur: 20)

*„Nur er [der Tinnitus, E.A.] kann ja nischt davor/ dafür ... (I: Er kann nichts dafür) nee. Er ist nun mal da ((lacht)). ...“* (006 MB, der angehende Masseur: 58-60)

Dass der Patient die beschwerdenverursachende „Instanz“ geradezu in Schutz nimmt, deutet darauf hin, dass sein Arrangement mit seinen Ohrgeräuschen auf einer schnellen und kampflösen Unterwerfung basiert. Diese Bewältigungsstrategie ermöglicht ihm, an der lebensweltlichen Idealisierung des „Und-so-weiter“ (vgl. Schütz 1971, S. 258) festzuhalten und mögliche tinnitusbedingte Veränderungen oder Veränderungsimpulse zu negieren.

*„Also eingeschränkt fühl’ ich mich da überhaupt nicht.“* (015AO, der angehende Masseur: 241)

Nachdem der Patient berichtet hat, erfolglos verschiedene institutionalisierte Behandlungsschemata absolviert zu haben, rechtfertigt er seine in den letzten Jahren beibehaltene Passivität unter Bezugnahme auf die ärztlich prognostizierte Unheilbarkeit seiner Erkrankung. Gleichzeitig formuliert er jedoch Hoffnungen, die sich auf eine ferne Zukunft und auf eine anonyme Expertenwelt richten.

*„hab’ ich mir dann gesagt, da musst dich eben damit/ damit abfinden. – ((etwas lauter bis +)) Und erhoffe aber heute immer noch, dass es (+) irgendwann mal was gibt, wo man helfen kann.“* (006MB, der angehende Masseur: 185)

Das beständige Hin- und Herpendeln zwischen Resignation und Hoffnung, das in mehreren Passagen dieses Interviews sichtbar wird, scheint dem angehenden Masseur 006MB die Bewältigung des Status quo zu erleichtern, weil er sich mit Hilfe dieser Strategie sowohl vor der vollständigen Selbstaufgabe als auch vor jeglicher Entwicklung von Eigeninitiative bewahren kann. Indirekt macht er den Stand der technologischen Entwicklung für seine Beschwerden verantwortlich, wenn er beispielsweise moniert:

*„auf ‘n Mond fliegen sie – aber gegen/ ((leicht lachend bis +)) gegen Tinnitus da finden sie nischt. (+)“* (006MB, der angehende Masseur: 309)

Das bei diesem Patienten sichtbar werdende Bewältigungsmuster korrespondiert ebenfalls mit seiner Haltung zur eigenen Biographie. So, wie er sich im Umgang mit dem Tinnitus auf die Befolgung ärztlicher Anordnungen und Überweisungen beschränkt, orientiert er sich auch bei der persönlichen Lebensgestaltung überwiegend an normierten und institutionalisierten Ablaufmustern. Er verzichtet auf die Ausbildung eigenständiger Handlungsschemata und versucht, problematische, seine Normalitätsvorstellungen konterkarierende Erfahrungen durch deren Bagatellisierung oder Umdeutung zu integrieren.

Genau wie der Schweißer 015AO leitet der angehende Masseur 006MB seine lebensgeschichtliche Erzählung mit dem Hinweis auf die Normalität seiner Familienverhältnisse ein.

*„Tja. Geboren bin ich ((geräuschvolles Ausatmen)) am 24. Juli 1963 in \*Leipzig. ... Ähm hab' noch zwei Brüder, – zwei ältere. (I: Mhm) Und bin eigentlich in -/ ich möchte behaupten, in 'nem guten Elternhaus aufgewachsen. In 'ner ganz normaler/ normalen Arbeiterfamilie.“* (006MB, der angehende Masseur: 360-362)

Mit der einschränkenden Partikel „*eigentlich*“, der Formulierung „*ich möchte behaupten*“ und der Wiederholung des Adjektivs „*normal*“ vermittelt der Erzähler einen ersten Eindruck von der Konstruktionsarbeit, die er, ohne sich dessen bewusst zu sein, leistet. Er präsentiert seine Biographie chronikartig, wobei er sich an den für eine Bewerbung üblichen Angaben bzw. an familienzyklischen Normalformerwartungen orientiert:

*„also bei uns hat alles genau so hingehauen, wie wir 's auch gesagt haben. Wir ham '88 uns verlobt, 'n Jahr später haben wir geheiratet und 'n Jahr ist das Kind geboren.“* (006MB, der angehende Masseur: 514)

Für die Konsistenz seiner Lebensgeschichte sorgt dieser Proband dadurch, dass er widersprüchliche Selbsteinschätzungen und Inkompatibilitäten zwischen dem Ist- und dem von ihm angestrebten Soll-Zustand ignoriert oder aber durch subsumierende Propositionen aufhebt. Dies soll mit einem kurzen Beispiel illustriert werden. Nachdem er mehrfach die Unverbindlichkeit des Kontakts innerhalb seiner Herkunftsfamilie angedeutet hat („*so oft sehen wir uns eigentlich nicht ...*“ – 006MB, der angehende Masseur: 446), geht der Masseur 006MB länger auf die in seiner Familie vorherrschende Sprachlosigkeit ein, die er auf generationsbedingte Einstellungsunterschiede zurückführt. Er beschließt die entsprechende Passage jedoch fast beschwörend mit der völlig entgegengesetzten Behauptung:

*„Nee, also – familiär war 's bei uns eigentlich schon immer.“* (006MB, der angehende Masseur: 828)

Ähnliche Darstellungsmuster finden sich dort, wo der Mann über einen krankheitsbedingten Berufswechsel und über mehrere Phasen der Arbeitslosigkeit spricht oder aber die Begrenztheit seiner Sozialkontakte durchschimmern lässt. Dass sich der angehende Masseur 006MB bei der Bewältigung schwieriger Situationen auf das Herunterspielen und die Normalisierung der jeweiligen Problematik verlegt, bildet sich besonders deutlich in seiner Sprache ab. So verwendet er 20mal die Redewendung „*wie auch immer*“ und beendet 17 Sätze mit der Floskel „*und so weiter*“. Durch den häufigen Einsatz allgemeiner Formeln wie „*auf gut Deutsch*“ oder „*Glück im Unglück*“ verleiht er seinen Aussagen einen unpersönlichen Charakter. Seine Tendenz zur Unverbindlichkeit zeigt sich auch in einer inflationären Benutzung des Abtönungspartikels „*eigentlich*“, in der häufigen Verwendung von Negationen und in Satzabbrüchen, die meistens dort vorkommen, wo es um prekäre Themen geht.

Der Preis für seine Bewältigungsstrategien, auf die er auch im Umgang mit dem Tinnitus zurückgreift, scheint darin zu bestehen, dass sich der angehende Masseur 006MB bisher kaum je als ein aktiver Gestalter seines Lebens erfahren hat. Sein Prinzip, sich an den Empfehlungen anderer oder an allgemeinen Normalformerwartungen zu orientieren, könnte sich allerdings spätestens dann als verhängnisvoll erweisen, wenn er trotz oder wegen der Befolgung fremder

Ratschläge scheitert. Dass dies zumindest im beruflichen Bereich nicht ganz unwahrscheinlich ist, kann daraus geschlossen werden, dass er mit seiner Umschulung zum Masseur, die er vom Arbeitsamt empfohlen und gefördert bekommen hat, zum Zeitpunkt des Interviews einen aussterbenden Beruf erlernt, dessen Leistungen kaum mehr von den Krankenkassen finanziert werden. Es könnte sein, dass er durch die erneute Erfahrung der Arbeitslosigkeit in eine biographische Verlaufskurve geriete, die er nicht mehr auffangen könnte und die das persönliche Problempotenzial, das er bisher durch Normalisierung, Bagatellisierung und Umfokussierung bewältigt, unerträglich verstärken könnte. Ob es ihm in einer derartigen Situation noch gelänge, seinen Tinnitus – wie bisher – zu „überhören“, bleibt fraglich. Auch hier könnte vermutlich eine frühzeitig einsetzende psychosomatisch ausgerichtete Tinnitustherapie, die den Patienten ermutigen würde, mehr Verantwortung für sich selbst und seinen Körper zu übernehmen, das Risiko einer Tinnitusdekompensation reduzieren.

### 3.2.3. Zusammenhänge zwischen einer intendierten Lebensgestaltung und einer handlungsschematischen Tinnitusbewältigung: Das Beispiel der ehemaligen Eisschnellläuferin 069SE

Die ehemalige Eisschnellläuferin, die zum Zeitpunkt des Interviews 43 Jahre alt ist und deren Tinnitus seit mehr als drei Jahren besteht, orientiert sich im Umgang mit der Krankheit zunächst an institutionalisierten organmedizinischen Behandlungsschemata und begibt sich, als die Ohrgeräusche stärker werden, sogar in eine stationäre Behandlung. Von Anfang an interpretiert sie ihre Symptome jedoch als ein körperliches Signal, dessen Sinn sie sich selbst erschließen müsse. Sie beschreibt, dass sie, als sie „*dadrüber noch nicht so sehr viel gehört hatte*“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 74), sehr unruhig gewesen sei. Diese Unruhe habe sich allmählich gelegt, nachdem sie „*sehr viel*“ gelesen habe und „*selber versucht hab[e], schon/äh/ gewisse Methoden anzuwenden, um eben – ‘ne Besserung zu erreichen.*“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 218) Anders, als die meisten PatientInnen unseres Samples wertet diese Probandin die Ergebnislosigkeit der organischen Diagnostik weder als Anlass, ihren Tinnitus zukünftig zu ignorieren noch als Rechtfertigung für ein resigniertes Aufgeben. Dies zeigt sich nicht nur in ihrer Suche nach Selbsthilfemöglichkeiten, sondern auch in einer reflexiven Haltung zu sich selbst, die sie inspiriert, ihren persönlichen Umgang mit Stress zu hinterfragen:

*„Ich mein’, Stress hat jeder doch eigentlich mal. Meine Kolleginnen (I: ja) haben den Stress genauso wie ich, – ja? Und die haben aber dieses – Ohrgeräusch nicht. – Ich mein’, manch/äh/ m/ mein Mann sagt zu mir auch manchmal, sein Ohr klingelt oder/ aber eben nur über ‘n ganz kurzen Zeitraum, ja? Und bei mir – geht ‘s eben nicht mehr ((sehr leise bis +)) weg (und das versteh’ ich nicht.) (+)“* (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 96-98)

Die ehemalige Eisschnellläuferin 069SE, die seit Jahren als Erzieherin arbeitet, nimmt tinnitusbedingte Veränderungen wahr, ohne diese jedoch in einen Zusammenhang mit ihrer Ursachenforschung bringen zu können.

„Aber – der Tinnitus hat trotzdem auch in mir einiges verändert. Ich bin eigentlich ‘n – sehr ruhiger und ausgeglichener Typ, auch gerade im Umgang mit Kindern. Aber wenn jetzt/ äh/ so in Stressphasen oder wo er nich eben stört, was für mich Stressphasen sind, ((leiser bis +)) da kann ich leider nicht mehr so ruhig reagieren, wie ich immer/ (I: mhm) (ja, also) (+) Das erschreckt mich manchmal.“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 218-220)

Da der Patientin das Phänomen ihrer schnelleren Erregbarkeit vornehmlich als ein bedrohlicher Kontrollverlust gilt, kann sie das darin enthaltene Wandlungspotenzial, das sie z. B. zur Reflexion ihres Umgangs mit Affekten inspirieren könnte, (noch) nicht erkennen. Entsprechend konzentriert sie sich darauf, die durch den Tinnitus entstandenen Probleme durch die Entwicklung passender Handlungsschemata zu bewältigen. Weil sie „schon immer“ in ihren „Körper hineingehört“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 118) habe, verstehe sie ihre Symptome als eine Aufforderung, Überlastungspotenzial abzubauen bzw. von vornherein zu vermeiden und ein Entspannungsverfahren zu erlernen, das ihr Stressbewältigungsvermögen verbessern soll. Ihre offene Kommunikation über ihre Tinnitusbeschwerden präsentiert sie ebenfalls als ein intentionales Bewältigungsmuster, durch das sie ihrer Familie, ihren Kolleginnen sowie manchen Kindergarteneltern ermöglicht habe, ihr verständnisvoller zu begegnen.

Dass sich diese Patientin in Bezug auf die Krankheit überwiegend als Handlungssubjekt definiert, resultiert offenbar aus ihrer biographischen Selbstsicht, die sie mit einer differenzierten Erzählung zum Ausdruck bringt. Diese beginnt wie folgt:

„... Also geboren bin ich 1959. (I: mhm) Und aufgewachsen in einer Arbeiterfamilie. (...3...) Bin/ äh/ ‘n sehr spät geborenes Kind. (I: mhm) Also, ich hab’ einen Bruder, der ist (15) Jahre älter als ich, (I: oh ja, das ist eine Menge) und – bin eigentlich sehr behütet aufgewachsen aber auch/ äh/ mh/ wie soll ich das sagen? Behütet, aber nicht – so übermuttert. (I: mhm) Also meine Eltern waren eigentlich ziemlich, wenn ich das mal so sagen kann, locker. (I: ((lacht)) mhm) Ja? Also nicht/ mh/ so seh’ ich das heute ((Räuspern)). ... Ich hab’ eben – ‘n ziemlich großen Spielraum gehabt als Kind, ja? Ich konnte wirklich alles ausleben, so wie ich ‘s wollte. – Ich hab’ Sport getrieben.“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 376-386)

Im Gegensatz zu dem Schweißer 015AO und der Masseur 006MB, die zunächst auf das Verallgemeinerbare ihrer Geschichte abheben, indem sie die Normalität ihrer Familienverhältnisse behaupten, geht die ehemalige Eisschnellläuferin von vornherein auf die Besonderheiten ihrer Lebensbedingungen ein. Diese sieht sie in dem großen Abstand zu ihrem älteren Bruder und darin, dass ihre Eltern sowohl ihrem kindlichen Schutzbedürfnis als auch ihrem Freiheitsdrang angemessene Rechnung getragen hätten. Schließlich gibt sie noch zu erkennen, dass Sport für sie wichtig gewesen sei. Im nächsten Erzählsegment gibt die Informantin einen detaillierten Einblick in die Zeit nach ihrem 13. Lebensjahr, die davon geprägt gewesen sei, dass sie Eisschnelllauf als Leistungssport betrieben habe. Ihre nachträgliche Reflexion über diese Lebensphase fällt durch vielschichtige Argumentationen auf. Während die Erzählerin grundsätzlich festhält, eine „glückliche Kindheit“ erlebt zu haben, spart sie auch problematische Aspekte, wie z. B. die subjektiv empfundene Belastung, relativ alte Eltern gehabt zu haben, nicht aus.

Ähnlich ausführlich und reflektiert geht die Erzählerin auf ihre berufsbiographische Entwicklung ein, die sie als späte Verwirklichung eines seit der Kindheit gehegten Berufswunsches darstellt. Nachdem sie auf Anregung ihrer Lehrer und ihrer Eltern das Abitur gemacht habe, sei die geplante Karriere als Eisschnelllauftrainerin an ihrer Angst vor einer speziellen sportlichen Eingangsprüfung gescheitert. Ein Lehramtstudium, in dessen Verlauf sie ihr erstes Kind bekommen habe, habe sie nach dreieinhalb Jahren abgebrochen. Diesen Schritt führt sie ausdrücklich nicht auf die mit der Mutterschaft verbundene Mehrbelastung zurück, sondern auf erste schulpraktische Erfahrungen, in deren Rahmen ihr bewusst geworden sei, „dass es doch eben nicht so – mein Ding ist.“ (069SE, die ehemalige Eisschnellläuferin: 570) Sie betont, dass sie für die von ihr eingeleitete biographische Änderungsinitiative einen langjährigen Konflikt mit ihrem Vater in Kauf genommen habe. Als sie bereits Mutter zweier Kinder gewesen sei, habe sie die Erzieherinnenausbildung absolviert, die sie eigentlich schon zu Schulzeiten angestrebt habe. Sie übe diesen Beruf noch immer mit Freude aus und habe sich erst kürzlich noch weiterqualifiziert.

Die handlungsschematisch geprägte Lebensgestaltung der Informantin spiegelt sich auch im Bereich der Familienentwicklung wider. Entgegen der biographischen Normalformervartung hat sie mit ihrem ebenfalls studierenden Ehemann bereits vor Abschluss der Berufsausbildung eine Familie gegründet, was sie bis heute positiv evaluiert. Ihre Reflexivität zeigt sich im Interview, wenn sie ausführlich und z. T. selbstkritisch auf Veränderungen im Rahmen ihrer Beziehungen zu den eigenen Eltern, zu ihrem Mann und zu ihren heranwachsenden Kindern eingeht.

Beide Komponenten werden, wie bereits gezeigt wurde, in ihrem Tinnitusbewältigungshandeln sichtbar. Die Ohrgeräusche scheinen für sie eine seismographische Funktion zu haben. Sie machen ihr die eigenen Belastungsgrenzen deutlich und regen sie zum Nachdenken über ihre Lebensführung und zu einer Erweiterung ihrer Selbstfürsorge an.

#### 3.2.4. Die Tinnituserkrankung als Katalysator eines biographischen Wandlungsprozesses: Das Beispiel der Geigerin 011ET

Auch die Geigerin 011ET, die, wie die zuletzt vorgestellte Patientin, der Gruppe der aktiven Krankheitsbewältiger angehört, zeigt im Umgang mit ihren Ohrgeräuschen sehr viel Eigeninitiative. Die Arzt-Patient-Beziehung gestaltet sie nach einem deliberativen Modell. Sie nutzt die ärztliche Expertise als eine Dienstleistung, wobei sie sich über Konventionen hinwegsetzt und beispielsweise mehrere Experten gleichzeitig aufsucht oder aber zur Selbstmedikation greift. Sie nimmt den Tinnitus bereits in einem subakuten Stadium als ein „*Alarmsignal*“ wahr. Zum einen fühlt sie sich dadurch aufgerufen, Maßnahmen zur Verbesserung ihrer körperlichen Disposition zu ergreifen. So reduziert sie ihre Arbeitszeit und intensiviert ihr regelmäßiges Fitnesstraining, ihre Saunabesuche und ihre Entspannungsübungen, nachdem sie bemerkt hat, dass der Tinnitus dadurch zurück geht. Zum anderen sucht sie explizit nach dem Sinn ihrer Krankheit, wobei sie vermutet, dadurch sensibler für mögliche psychische Hintergründe körperlicher Beschwerden werden zu können.

Auch hier soll gezeigt werden, wie das biographische Selbstverständnis der 37-jährigen, alleinstehenden Probandin deren Krankheitsbewältigungsverhalten prägt. Dazu greife ich ebenfalls auf die biographische Anfangserzählung zurück:

*„((Luftschnappen)) Ich bin aufgewachsen in der DDR – also ‘65 geboren, in der DDR aufgewachsen. Ich bin an ‘ner Spezialmusikschule gewesen und frühzeitig auf diese Musikrichtung festgelegt worden. Ähm/ ich hab’ zwei Schwestern, die sind beide jünger. Die eine, die hat indessen 4 Kinder und die andere, die i/ ist im Augenblick noch auf Stellensuche und möchte auch möglichst schnell (((mit leicht lachendem Unterton bis +))) ‘ne Familie haben (+). ((Luftschnappen)) Ähm/ wir sind – in den Westen gegangen ‘83 und zwar aufgrund der Berufung meines Vaters. Der war/ der ist Theologe, Alttestamentler, und das war ‘n Job, der in der DDR sowieso nicht jetzt so ‘n besonderes Ansehen hatte. Und – der hat aber Schriften im Westen publiziert und war daher ziemlich bekannt. Und von daher kam dann mal eine Berufung von einer Universität aus – Westdeutschland. Die ist an ihn herangetragen worden und da hat er sich dann natürlich schon dafür interessiert. Ansonsten wär’ für unsere Familie oder für meine Eltern ‘ne Ausreise nicht – in Frage gekommen. ((Luftschnappen))“ (011ET, die Geigerin: 66a-66c)*

Mit dem zitierten Ausschnitt beginnt eine lange autobiographische Erzählung, die die Informantin völlig autonom strukturiert. Bereits in den ersten Zeilen wird deutlich, dass die Probandin ihre berufliche Laufbahn als den roten Faden ihrer Geschichte begreift. Indem sie ihre Schwestern nicht etwa über Erinnerungen an gemeinsame Kindheitserlebnisse einführt, sondern darüber, dass sie kurz deren aktuelle biographische Situationen beleuchtet, spannt sie einen Bogen zwischen Vergangenheit und Gegenwart, den sie im Folgenden durch die ausführliche Beschreibung einzelner Stationen ihres familiären und individuellen Werdegangs inhaltlich füllt. Sie hält fest, dass allen Familienmitgliedern die Anpassung „an diese ganze andere Welt des Westens“ (011ET, die Geigerin: 66d) schwergefallen sei, wobei sie ihre eigenen Orientierungsprobleme vornehmlich im Bereich ihrer schulischen und musikalischen Entwicklung ansiedelt, die nicht unwesentlich durch Fremdheitsgefühle und Kontaktprobleme blockiert gewesen zu sein scheint. Wie bei der Eisschnellläuferin 069SE ist auch der Lebenslauf dieser Informantin bis zur Adoleszenz von elterlichen Lenkungsaktivitäten geprägt. Auch sie verlässt gegen Ende dieser Lebensphase den vorgegebenen Orientierungsrahmen zugunsten der Entwicklung eigener Pläne. Nach dem erfolgreichen Abschluss ihres Geigenstudiums absolviert sie ein Zusatzstudium in Barockgeige und ein Pädagogikstudium. Aus der Begegnung mit einem Lehrer schöpft sie erste Wandlungsimpulse. So lernt die Frau, die schon seit Jahren unter Verspannungen leidet, ihre im Elternhaus erworbene instrumentelle Haltung zum eigenen Körper zu überwinden und in eine Interaktionsbeziehung zu transformieren:

*„Und hab’ da ‘n Lehrer gefunden, den ich intellektuell sehr interessant fand, der aber genau das Problem, was ich damals eigentlich auch schon ziemlich/ – ziemlich hatte und was mich damals auch schon beschäftigte, nämlich mit Thema Verspannung, der genau da der/ ‘s Richtige war und – viel vermittelt hat/ äh/ seinen Körper zu lösen und zu befreien und damit umzugehen.“ (011ET, die Geigerin: 66g)*

Im Umgang mit ihrem Tinnitus bezieht sich die Geigerin 011ET selbstverständlich auf die mit ihren Rückenproblemen verbundenen Bildungserfahrungen. Allerdings bemüht sie sich um einen Qualitätssprung. So strebt sie nicht nach einer Bestätigung ihrer bisherigen Sichtweise, sondern drängt darauf, das Neue und

Andersartige der Fragen, die die Ohrgeräusche für sie aufwerfen könnten, zu erkunden:

*„Und von daher frage ich mich, was/ ob ‘s nicht für den Tinnitus auch irgend so ‘ne Art Krankheitsgewinn gibt. Und wenn – der darin besteht, dass ich mich mehr mit dem Thema meiner Psyche beschäftige oder so. [...] V/ vielleicht will mir das Ohr da was sagen, wo ich mich noch – weiterbilden kann, ganz blöd gesagt, – ja?“ (011ET, die Geigerin: 62c)*

Dass die Musikerin schon, ohne sich dessen ganz bewusst zu sein, in den von ihr skizzierten Prozess der Selbstexploration und -veränderung eingetreten ist, geht aus einigen anderen Interviewpassagen hervor, von denen hier eine beispielhaft angeführt werden soll:

*„Und das heißt also, ich bin, glaub’ ich, sehr berufsorientiert und sehr/ ähm/ sehr arbeitsorientiert. [...] und ich muss sogar sagen, in den letzten Jahren hab’ ich das nicht so gedacht, aber seit diesem Tinnitus im ... März, den ich jetzt also vor ‘nem halben Jahr hatte/ ähm/ ist so die – Option, dass so alleine sein und alles so mit sich alleine ausmachen müssen eigentlich/ äh/ auch nicht so ganz toll ist. Und das w/ ähm/ ... wenn man sich eben halt vielleicht beruflich nicht ganz austoben kann, so wie man sich das so vielleicht gedacht hat, d/ dann muss man eben halt seinen persönlichen Bereich haben, der ... gleichwertig, höherwertig oder sonstwie wertig ist. Aber – mindestens gleichwertig ist. Und/ na ja gut, das hab’ ich nicht und von daher stellen sich die Sachen jetzt ((Husten der Interviewerin)) anders oder neu. Aber – es wird ja zeigen, wie ‘s weitergeht. –“ (011ET, die Geigerin: 68c)*

Der Wandlungsaspekt, der in diesen Reflexionen zum Ausdruck kommt, wird noch deutlicher, wenn man weiß, dass die Probandin offenbar noch nie in einer Partnerschaft gelebt hat und im Interview über notorische Außenseitererfahrungen und durchgängige Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen klagt. Dass sie hinsichtlich der Gestaltung von Beziehungen bereits erste Veränderungen eingeleitet hat, soll mit einem weiteren Zitat belegt werden:

*„Und zufälliger Weise hatte ‘ne Kollegin unmittelbar vor mir auch ‘n Tinnitus, der auch nicht weggegangen ist. Ich glaub’, anders wär’ ich – damals, ja, so vor mich hingestorben. ((tiefes Einatmen)) Und/ ähm/ weil diese Kollegin da keine Hemmungen hatte, darüber zu reden, hab’ ich dann auch mit Leuten gesprochen und – dann haben auch andere Kollegen erzählt, ja sie haben auch Ohrengeräusche und welcher Art die sind und wann die herkommen und wo die/ wo sie/ wo es ihnen auffällt. ((Luftschnappen)) Und/ ähm/ (...4...) der Tinnitus hat mir vielleicht/ hat mich vielleicht dazu angeregt, offener mit anderen Leuten über meine körperlichen Probleme zu sprechen.“ (011ET, die Geigerin: 54a-54b)*

In der Biographie der Geigerin 011ET finden sich – ähnlich wie bei dem Schweißer 015AO – die Phänomene der extremen Leistungsorientierung und der Beziehungsarmut. Im Gegensatz zu dem Schweißer hat die Geigerin jedoch – nicht zuletzt im Rahmen ihrer Ausbildung – die Einnahme einer reflexiven Haltung zu sich selbst erwerben können. Dadurch ist es ihr möglich, körperliche Symptome nicht isoliert als eine von Experten zu beseitigende Störung zu betrachten, sondern sie als verschlüsselten Ausdruck einer Problematik zu denken, die sie bis zum Auftreten der Symptome nicht oder nicht richtig wahrgenommen hat. Weil sie den Tinnitus als „*Alarmsignal*“ wertet, das ihr neue Erfahrungen mit sich selbst bescheren könnte, kann sie sich keinesfalls auf ein symptomorientiertes

Reagieren beschränken. Sie geht sogar über die Durchführung intendierter und planbarer Handlungsschemata hinaus und lässt sich auf einen Wandlungsprozess ein, obwohl sie dessen Ziel zunächst nur vage als Neu- und Umbewertung des Verhältnisses zwischen beruflicher und privater Verwirklichungssphäre definieren kann.

#### 4. Diskussion

Da sich die bisherige Bewältigungsforschung vorwiegend auf stationär aufgenommene Tinnitus-PatientInnen mit tendenziell dekompenzierter Tinnitusbelastung konzentriert, erscheinen PatientInnen mit mittelgradiger Beeinträchtigung in der Literatur eher als eine homogene Vergleichsgruppe. Unsere Studie an ausschließlich ambulant behandelten TinnituspatientInnen schließt eine Forschungslücke, weil sie Differenzierungsmerkmale erarbeitet, die für Patienten mit einem kompensierten Tinnitus gelten. Diese können schon in der Phase der Diagnostik genutzt werden. So lassen sich aus der Art und Weise, wie die Betroffenen ihre Symptome beschreiben und bewerten, vor allem aber aus dem Grad an Selbstverantwortung, die sie im Umgang mit ihren Beschwerden übernehmen, Anhaltspunkte hinsichtlich der Stabilität oder Labilität ihres Tinnitusbewältigungsvermögens gewinnen.

Auch wenn die von uns herausgearbeiteten biographischen Komponenten der Tinnitusbewältigung hypothetischen Charakter haben und durch eine biographieanalytische Forschung, die auf eine leitfadensbasierte Vorstrukturierung der InformatInnenbeiträge verzichtet, verifiziert und weiter spezifiziert werden müssten, können daraus bereits jetzt wertvolle Erkenntnisse für die Tinnitusdiagnostik und -therapie gewonnen werden. So muss die Annahme, Chronifizierungs- und Dekompensationsprozesse würden durch eine erhöhte psychische und/oder somatische Komorbidität oder durch überdurchschnittliche Belastungen begünstigt, differenziert werden. Wir konnten beispielhaft zeigen, dass eine biographische Haltung, die von einem Selbstverständnis als Handlungssubjekt und/ oder dem Vertrauen in das eigene Entwicklungspotenzial dominiert wird, nicht nur die Mobilisation von Bewältigungsressourcen befördert. Sie begünstigt auch, dass Betroffene die Körpersymptome als eine Aufforderung begreifen, lebensweltliche Belastungspotenziale zu erkennen und abzubauen.

Während in diesen Fällen das Dekompensationsrisiko auch unter den Bedingungen von Komorbidität und psychosozialer Belastung gering zu sein scheint, kann es sich enorm potenzieren, wenn bereits eine biographische Verlaufskurve in Gang gekommen ist. Die Fixierung auf die Krankheit scheint hier eine stabilisierende Funktion zu haben. Sie könnte von derart disponierten PatientInnen nur aufgegeben werden, wenn die Betroffenen im Umgang mit ihren allgemeinen Lebensschwierigkeiten „gesündere“ Stabilisierungs- und Bewältigungsmechanismen entwickeln würden. Dazu wären psychotherapeutisch orientierte Tinnitusbehandlungsprogramme geeignet, die sich nicht vorrangig auf die Beseitigung der Symptome oder die Vermittlung von Fähigkeiten, diese zu überhören, konzentrieren, sondern die die Betroffenen zu einer biographischen Arbeit anregen, die sie dabei unterstützt, ihr Verständnis für sich selbst und ihr selbstregulatives Potenzial zu erweitern. Patienten, die sich an institutionalisierten Ablaufschemata orientieren, kön-

nen einen Entgleisungsprozess vermutlich so lange aufhalten, wie sie auch ihr persönliches Problempotenzial durch Normalisierungs-, Bagatellisierungs- oder Ausblendungsaktivitäten balancieren können. Eine frühzeitig einsetzende Tinnitus-therapie, die diese PatientInnen ermutigen würde, mehr Verantwortung für sich selbst und ihren Körper zu übernehmen, könnte auch hier sicherlich zur Senkung des Dekompensationsrisikos beitragen.

## Anmerkungen:

- 1 Diese Bewertung war insofern zu erwarten, als unsere Studie ja nur ambulante Tinnitus-PatientInnen einschloss, bei denen die medizinische Diagnostik und Therapie abgeschlossen war. Ausschlusskriterien waren: Morbus Menière, Hirntumor, Akustikusneurinom etc.; Taubheit; Psychose; psychologische Tinnitus-therapie im letzten Jahr; laufender Rentenantrag bzw. Rentenbegehren (vgl. Konzag u.a. 2005).
- 2 Hier stützten wir uns auf das von Fritz Schütze entwickelte biographietheoretische Konzept der Prozessstrukturen des Lebensablaufs (vgl. Schütze 1983).
- 3 Um trotz Anonymisierung eine lebendige Vorstellung von den ProbandInnen zu gewährleisten, ergänzten wir die Chiffren durch konkretisierende Zuschreibungen.

## Literatur:

- Ackermann, E./Frommer, J./Zumbaum-Fischer, F./Konzag, T.A. (2005): Subjektive Krankheitstheorien von Tinnituspatienten. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 2 (2005), S. 95-105.
- Ackermann, E./Frommer, J. (2006): Der Einfluss biographischer Faktoren auf das Krankheitserleben von Tinnituspatienten – ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Luif, V./Thoma, G./Boothe, B. (Hrsg.): *Beschreiben – Erschließen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft*. Lengerich, S. 320-339.
- Georgiewa, P./Klapp, B. F./Fischer, F./Reißhauer, R./Juckel, G./Frommer, J./Mazurek, B. (2006): An Integrative Model of Developing Tinnitus Based on Recent Neurobiological Findings. In: *Medical Hyptheses*, 66 (2006), S. 592-600.
- Goebel, G./Fichter, M. (1998): Depression beim chronischen Tinnitus. In: *Münchener Medizinische Woche* (1998), 140, S. 557-561.
- Goebel, G./Hiller, W. (1998): Tinnitus-Fragenbogen (TF). Göttingen.
- Jastreboff, Pawel, J. (1990): Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. In: *Neuroscience Research*, 8 (1990), S. 221-254.
- Konzag, T. A./Rübler, D./Bandemer-Greulich, U./Frommer, J./Fikentscher, E. (2005): Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51 (2005), S. 247-260.
- Hiller, W./Goebel, G. (1998): Comorbidity of Psychological Disorders in Patients with Complex Chronic Tinnitus. In: Goebel, G. (Ed.): *Psychosomatic Aspects of Complex Chronic Tinnitus. Occurrence, Effects, Diagnosis and Treatment*. London, S. 63-84.
- Hiller, W./Janca, A./Burke, K. C. (1997): Association between Tinnitus and Somatoform Disorders. In: *Journal of Psychosomatic Research* (1997) 43, S. 63-84.

- Jäger, B./Lamprecht, F. (2001): Subgruppen der Krankheitsbewältigung beim chronischen Tinnitus – eine clusteranalytische Taxonomie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2001) 30, S. 1-9.
- Olderog, M./Langenbach, M./Michel, O./Brusis, T./Köhle, K. (2004): Prädiktoren und Mechanismen der ausbleibenden Tinnitus-Toleranzentwicklung – eine Längsschnittstudie. In: *Laryngo Rhino Otol* (2004) 83, S. 5-13.
- Pilgramm, M./Rychlik, H./Lebisch, H./Siedentopf, H./Goebel, G./Kirchhoff, D. (1999): Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland – eine repräsentative epidemiologische Studie. In: *HNO aktuell* (1999) 7, S. 261-265.
- Mayring, Ph. (1994): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim.
- Rienhoff, N. K./Thimm, L./Pöllmann, H. (2002): Irrationale Einstellungen bei chronisch-komplexem Tinnitus. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychother* (2002) 31, S. 47-52.
- Schütz, A. (1971): *Gesammelte Aufsätze Bd. I: Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Den Haag.
- Schütze, F. (1983): Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J. (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg, S. 67-156.
- Strauss, A. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München.
- Strauss, A./Corbin, J. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim.
- Svitak, M./Rief, W./Goebel, G. (2001): Kognitive Therapie des chronischen dekompenzierten Tinnitus. In: *Psychotherapeut* (2001) 46, S. 317-325.