

## Vorwort

13 Jahre sind vergangen, seit das »Tinnitus-Bewältigungstraining« in der 1. Auflage erschienen ist und damals die erste geschlossene Darstellung der psychologischen Therapie des beeinträchtigenden Tinnitus darstellte. Sie halten das Buch jetzt in einer völlig neu bearbeiteten Auflage in den Händen! Was sind die Gründe dafür?

Zunächst einmal hat die Forschung belegt, dass die psychologische Behandlung, wie sie im Tinnitus-Bewältigungstraining konzipiert ist, sehr wirksam ist und vielen Teilnehmern zu einem besseren Umgang mit dem Tinnitus verhilft. Es gehört zu den am besten evaluierten Verfahren der Behandlung des chronischen Tinnitus, der (immer noch!) einer medizinischen Therapie nicht zugänglich ist.

Den Anstoß für die Neufassung gab der Verlag, der an dem Erfolg der 1. Auflage anknüpfen wollte, inzwischen aber seine Manualserie überarbeitet und modernisiert hat. Der Vorschlag kam zu einem günstigen Zeitpunkt, da deutlich geworden war, dass sich die konkrete Therapiedurchführung auch in der Praxis der Autoren selbst gewandelt hatte.

Zudem hatten sich inzwischen Kooperationen zwischen einigen in der Forschung und Therapie des chronischen Tinnitus tätigen Arbeitsgruppen etabliert, die bei der Neubearbeitung des Buchs genutzt wurden. So wurden die in der 1. Auflage dargestellten Trainingselemente, die noch völlig der damaligen Düsseldorfer und jetzigen Göttinger Arbeitsgruppe entstammten, durch Elemente ergänzt, die in der Hannoverischen Arbeitsgruppe mit Erfolg angewendet wurden und auch in der stationären Behandlung von schwer belasteten, komorbiden Tinnitus-Patienten, wie sie in der Klinik Roseneck durchgeführt wird, eine bedeutsame Rolle spielen.

Durch die Neuzusammensetzung des Autorenkreises ergab sich quasi natürlich eine Erweiterung der Berufsgruppen und der professionellen Hintergründe. Prof. Dr. Gerhard Goebel, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und langjähriger Chefarzt der Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, kann mit einigem Recht als der ärztliche Mentor der Therapie des chronischen, beeinträchtigenden Tinnitus in Deutschland angesehen werden. Er vermittelt im Buch sowohl (HNO-)ärztliches als auch psychotherapeutisches Wissen. Privatdozent Dr. Burkard Jäger, Leitender Psychologe der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, trägt in seiner Arbeit zur Verbindung zwischen der Medizin eines Großklinikums der Akutversorgung und der Klinischen Psychologie bei. Ich selbst bin in meiner Forschung dem Tinnitus treu beblieben und gebe meine Kenntnisse an die Psychologischen Psychotherapeuten weiter, die in unserer Lehr- und Forschungs- sowie Ausbildungsambulanz Psychotherapie lernen und ausüben.

Die bewährte Gliederung des Buchs in einen theoretischen Teil und einen praktischen Teil wurde beibehalten. Im ersten Teil werden das medizinische und psychologische Grundwissen zum Tinnitus und seinen psychischen Folgen ausführlich

dargestellt. Besonderer Wert wird auch auf die Erörterung und Bewertung von Behandlungsverfahren medizinischer und psychologischer Provenienz gelegt. Dabei wird auch umfassend über die empirische Evidenz der Verfahren berichtet. Ein Kapitel zur psychologischen und auch die Ausführungen zur medizinischen Diagnostik sollen den praktisch tätigen Therapeuten in die Besonderheiten und die Notwendigkeiten einer qualitativ differenzierten Diagnostik des chronischen Tinnitus aufmerksam machen.

Dem Manual vorangestellt wird ein Kapitel, das gerade dem »Neueinsteiger« in die Tinnitus-Therapie den Umgang mit dem Manual und dem Gruppentraining erleichtern soll. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch für die Therapie im Einzelsetting dem Manual hilfreiche Handlungsanleitungen entnommen werden können.

Eine strukturelle Veränderung bezüglich des Trainings ist die Verkürzung der Sitzungsanzahl von 11 auf 9 Sitzungen im eigentlichen Training. Dies wurde durch unsere Erfahrungen mit dem Training, aber auch die verfügbare Literatur über eine sinnvolle »Dosierung« der Intervention nahe gelegt. Dem gegenüber steht die Empfehlung zur zusätzlichen Einführung einer Booster-Sitzung 3 Monate nach dem Ende der Trainingsphase als 10. Sitzung, für die es nach unserer Erfahrung gute Argumente im Hinblick auf die Langfristigkeit der Therapieeffekte gibt.

Die Sitzungen sind weiterhin auf eine Dauer von ca. 2 Stunden mit einer Gruppe von 8–10 Patienten angelegt.

In deutlich positiver Weise hat sich das Angebot an Arbeitsmitteln und -hilfen verändert, die den Therapeuten und Patienten in größerer Anzahl, verbesserter Qualität und einfacheren Zugriffsmöglichkeiten (nicht nur als Kopiervorlagen, sondern auch als Online-Materialien zum Ausdrucken) vorgelegt werden.

Insgesamt haben die Autoren die Strategie einer stark operationalisierten Manualentwicklung verfolgt, die den Kompetenzerwerb zur Durchführung des Trainings relativ einfach gestalten sollte.

Wer sich einen schnellen Überblick über die Inhalte der einzelnen Trainingssitzungen verschaffen möchte, sollte sich die Inhaltsübersicht über die Sitzungen des Manuals ansehen.

Schließlich und endlich möchte ich meinen Ko-Autoren ganz herzlich danken, die unter hohem Arbeitseinsatz das Buch mitkonzipiert und -geschrieben haben. Das Manual ist das Produkt einer außerordentlich fruchtbaren Kooperation gleichberechtigter Partner!

*Göttingen, im Frühjahr 2010*

Birgit Kröner-Herwig

# 6 Die Durchführung des Tinnitus-Bewältigungstrainings

## 6.1 Grundlagen und Programmüberblick

Den Hintergrund des Tinnitus-Bewältigungstrainings bilden neuropsychologische Modelle des Tinnitus und ergänzende Konzepte, die die psychologisch bedingte Entwicklung des Beeinträchtigungserlebens erklären. Dabei wird der Tinnitus selbst als primär neurophysiologisches Phänomen gesehen und eine ungünstige Verarbeitung als die Grundlage des Beeinträchtigungserlebens (vgl. Kap. 4.2). Primäres Ziel des Trainings ist daher die Modifikation von Verarbeitungsstrategien, nicht die Beseitigung des Tinnitus. Der Gruppenleiter sollte also nie die Erwartung unterstützen, dass der Tinnitus durch das Training remittiert, also »weg geht«.

Positive **Erwartungen** hinsichtlich der Wirksamkeit des Trainings auf symptomatischer Ebene und im Hinblick auf die Krankheitsfolgen sollten unbedingt gefördert werden, da sie die Erfolgswahrscheinlichkeit der Intervention erhöhen (»Sie werden den Tinnitus weniger bemerken, vielleicht überhaupt kaum noch wahrnehmen. Auf jeden Fall wird er Sie weniger stören«). Der Gruppenleiter kann darauf verweisen, dass Trainings dieser Art in wissenschaftlichen Studien (s. Kap. 5) ihre Wirksamkeit bewiesen haben, d. h. Teilnehmer erwarten können, vom Training deutlich zu profitieren.

Das Training nutzt **Interventionskonzepte** der kognitiv-behavioralen Therapie, um – zunächst in der Gruppe – Strategien zu vermitteln, die einen funktionaleren Umgang mit dem Tinnitus ermöglichen und die dann individuell geübt und im Alltagskontext angewendet werden. Typischerweise nehmen auch psychoedukative Interventionen einen relativ großen Raum ein, die durch Medien und Materialien (Folien, Flipchart-Arbeit, Handouts) unterstützt werden. Die relativ strukturierte Vermittlung von Informationen und die Anleitung von Übungen erfolgen auf der Basis einer wertschätzenden, empathischen Grundhaltung.

Das Training beginnt mit der **Psychoedukation** zur Vermittlung des neurophysiologischen Störungsbildes des Tinnitus sowie des psychologischen Modells der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Leidens an Tinnitus.

Hier werden auch die ersten Hinweise auf günstigere Verarbeitungsstrategien gegeben (Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen). Hausaufgaben werden schon in der ersten Sitzung eingeführt, auf die dann immer zu Beginn der folgenden Sitzungen eingegangen wird. Studien haben gezeigt, dass die Einführung von häuslichen Übungen die Erfolgswahrscheinlichkeit von Therapien fördert. Die Bedeutung der Hausaufgaben wird für die Teilnehmer nur dann deutlich, wenn der Gruppenleiter ihnen Bedeutung zuweist, d. h. sie mit den Teilnehmern auch bespricht. Hier ist allerdings ein sorgfältig ausbalanciertes Verhalten der Gruppenleitung erforderlich: Sie soll zur Durchführung ermutigen, aber nicht Druck ausüben und sanktionieren.

Es sollte stark auf die Modellwirkung anderer Teilnehmer gesetzt werden, die von eigenen häuslichen Übungen berichten.

Das Erlernen von **Entspannung** und Aufgaben zur **Aufmerksamkeitslenkung** stehen in Sitzung 2 im Vordergrund, wobei hier erlebnisintensivierende Übungen eine größere Rolle spielen.

Methoden der **kognitiven Umstrukturierung** nehmen in mehreren Sitzungen (ab Sitzung 3) einen hohen Stellenwert ein. Zu den Zielen gehört die Sensibilisierung für negative Befindenzustände, die eine Hinweisfunktion für die Reflexion der eigenen Situationsbewertungen ermöglichen soll, die ihrerseits wiederum die emotionalen Reaktionen und Verhaltenweisen steuern. Das Hinterfragen von **automatisierten dysfunktionalen Bewertungen** sowie der Versuch der Entwicklung von Alternativen stehen in Sitzung 4 auf der Tagesordnung.

In Sitzung 5 geht es um das Erkennen und die Veränderung von **Vermeidungsverhalten** im Zusammenhang mit Tinnitus, was hier wie bei anderen Problemen die Aufrechterhaltung der Beeinträchtigung wesentlich mitbestimmt. Es wird herausgestellt, dass die Aufgabe des Vermeidungsverhaltens und die regelmäßige Konfrontation mit Geräuschen nicht nur den Tinnitus, sondern auch die Geräuschüberempfindlichkeit (Hyperakusis) mindert.

Des Weiteren werden die Problembereiche **Depression** und **Schlafstörungen**, die eine Reihe von Tinnitus-Patienten betreffen, angesprochen. Es werden Informationen zur Depression und zu den Möglichkeiten ihrer Behandlung vermittelt, und per Self-Report-Verfahren wird jedem Teilnehmer die Möglichkeit gegeben, zu erkennen, ob er kritische Werte der Depressivität überschreitet (was eine gesonderte Therapie erwägenswert machen würde). Der Gruppenleiter steht zur individuellen Beratung zur Verfügung. Zum Umgang mit Schlafstörungen werden per Broschüre Informationen zur Selbsthilfe vermittelt, die in einer der folgenden Sitzungen aufgearbeitet werden.

Das Erkennen und Verändern von **kognitiven dysfunktionalen Schemata (Denkfehlern)** stehen in der Sitzung 6 im Vordergrund, was in aktivierenden Übungen erlebensnah vermittelt wird.

Operante **Faktoren der Aufrechterhaltung** sind Thema in der folgenden Sitzung (7), deren Ziel es ist, über hypothetische Fragen (»Was wäre, wenn ...«) das Thema »Positive Krankheitsfolgen« aufzuarbeiten, ohne dass es einen den Selbstwert bedrohenden Charakter annimmt. Es wird erarbeitet, dass Probleme, die unzulässigerweise dem Tinnitus angelastet werden, einer eigenständigen Lösung bedürfen. Den Teilnehmern wird die »Problemlöseleiter« als Hilfsmittel für die Identifikation und Generierung von Lösungen an die Hand gegeben.

Stile und Methoden der **Krankheitsverarbeitung** werden im Rahmen des Salutogenese-Modells in der Sitzung 8 bearbeitet und deren kurz- und langfristig günstigen oder eher negativen Folgen reflektiert. In diesem Kontext wird zur Bedeutung des Genießen-Lernens übergeleitet.

In der letzten Sitzung (9) geht es um die so genannte **Rückfallprophylaxe**, was die Aufarbeitung des Trainingsnutzens für den einzelnen Teilnehmer und die konkrete

individuelle Ziel- und Intentionsplanung für die Zeit nach dem Ende des Trainings umfasst. Dabei sollen insbesondere die Besorgnisse und Befürchtungen der Teilnehmer exploriert werden. Nach Möglichkeit sollte jeder Teilnehmer Vertrauen in seine Selbsthilfefähigkeiten gewinnen, indem er sich seinen eigenen »Handwerkskasten« für die Tinnitus-Bewältigung zusammenstellt – insbesondere für die Nutzung in Krisensituationen.

Es wird empfohlen, den Teilnehmern eine **Booster-Sitzung** (nach drei Monaten) anzubieten. Hier sollten die Erfahrungen der Teilnehmer im therapiefreien Alltag behandelt werden und, falls nötig, Inhalt und Bedeutung bestimmter Selbsthilfestrategien erneut aktualisiert werden. Im Wesentlichen kann die Struktur der Sitzung 9 übernommen werden.

Eine **Übersicht über die Sitzungsinhalte** findet sich am Ende dieses Kapitels.

## 6.2 Äußere Rahmenbedingungen, Diagnostik und Evaluation des Trainings

Der Umfang der Trainingsgruppe sollte zehn Personen keinesfalls überschreiten, da ansonsten der Gruppenleiter überfordert wird und in Gefahr gerät, ausschließlich zum dozierenden, instruierenden »Lehrer« zu werden, und der einzelne Patient nicht genügend Raum für eine aktive Beteiligung findet.

Vor Beginn des Trainings sollte es mindestens einen individuellen Termin mit jedem Teilnehmer geben, in dem Basisdaten zur Diagnostik erfasst werden (s. Kap. 3). Mithilfe eines klinischen Interviews werden wesentliche Sachverhalte zum Tinnitus, zur Beeinträchtigung und zu psychischen Komorbiditäten erfasst. Zur Absicherung der Reliabilität sollten Instrumente wie das Strukturierte Tinnitus-Interview bzw. SKID oder DIPS eingesetzt werden.

Zur Diagnostik wie zur Evaluation des Trainings sollte ein Fragebogen zur Tinnitus-bezogenen Beeinträchtigung verwendet werden (z. B. TF, Mini-TF oder TBF; s. Kap. 3). Es ist zu empfehlen, für eine Woche (vor und nach dem Training) das Tinnitus-Tagebuch (Patientenmaterial: Tinnitus-Tagebuch) und zur Erfassung der Psychopathologie die SCL-90R und die ADS einzusetzen. Im Sinne der Qualitätssicherung sind die Verfahren in der letzten Stunde des Trainings noch einmal vorzulegen.

Es ist zudem wünschenswert, dass die ausgewählten Evaluationsinstrumente (TF, SCL-90R, ADS etc.) den Teilnehmern noch einmal nach der Booster-Sitzung nach drei Monaten vorgelegt werden.

Den Teilnehmern sollte angeraten werden, sich gleich zu Beginn mit einer Arbeitsmappe und einem Kugelschreiber auszustatten, die sie zu jeder Sitzung mitbringen sollten, da jedes Mal die Sitzung begleitende Materialien und Arbeitsblätter für die Hausaufgaben ausgeteilt und gelegentlich Aufgaben schriftlich bearbeitet werden. Der Gruppenleiter soll dafür sorgen, dass in jeder Sitzung entweder eine große Tafel oder eine Flipchart (mit ausreichendem Papier) zur Verfügung steht. Er sollte sich jedes Mal vor der Sitzung damit auseinandersetzen, wie er das »Tafel-

bild« anzulegen hat, damit er die Übungen oder Aufgaben angemessen didaktisch unterstützen kann.

Des Weiteren sollten die Teilnehmer gebeten werden, unbedingt den Gruppenleiter zu informieren, wenn sie an der Wahrnehmung einer Sitzung gehindert sind. Der Gruppenleiter sollte deutlich machen, dass alle Sitzungen aufeinander aufbauen und somit der Lernerfolg für den Teilnehmer am höchsten ist, wenn er regelmäßig teilnimmt.

### **6.3 Kompetenzen und Funktionen der Gruppenleitung im Rahmen des Trainings**

Durch die weitgehende Manualisierung und durch die z. T. detailliert ausformulierten Instruktionen verlangen die hier vorliegenden Sitzungspläne für eine erfolgreiche Durchführung keine spezielle gruppentherapeutische Weiterbildung und auch keine umfangreichen Erfahrungen mit Gruppen im Rahmen »ergebnisoffener«, thematisch strukturierter oder auf Selbsterfahrung abzielender Gruppen. Der Austausch in der Gruppe, der Bezug auf individuelle Erfahrungen, die Integration unterschiedlicher Erfahrungen mit dem Tinnitus und die Interaktion zwischen den Teilnehmern entwickeln meist eine eigene Dynamik, die im günstigen Fall die Gruppe belebt und das Lernen erleichtert. Dies zu fördern und vor einigen »Stolpersteinen« zu warnen ist das Ziel der folgenden Ausführungen.

#### **Professionelle Haltung des Gruppenleiters**

Die Aufgaben eines Gruppenleiters in psychoedukativen Gruppen soll hier nur in Ansätzen skizziert werden. Für weitergehende Hinweise ist Spezialliteratur zum Thema heranzuziehen (z. B. Fiedler, 2005; Stahl, 2002; Vopel, 2006).

Die professionelle Haltung des Gruppenleiters sollte durch die Verwirklichung psychotherapeutischer Grundprinzipien zum Aufbau einer hilfreichen psychotherapeutischen Beziehung gekennzeichnet sein. Deren wichtigste Merkmale im Rahmen der Trainingsgruppen beinhalten

- ▶ das Respektieren der Individualität des Teilnehmers und
- ▶ ein professionelles Interesse an dessen (problemrelevanter) Lebenssituation.

Auf der Seite der technischen Umsetzung gehören zu einer solchen Haltung

- ▶ die Bereitschaft und Fähigkeit zum aktiven Zuhören,
- ▶ ein von Empathie getragenes Interventionsverhalten und
- ▶ das Vermeiden von Bewertungen in den verabsolutierenden Kategorien »richtig« oder »falsch« bzw. »gut« oder »schlecht«.

Zu einem professionellen Verhalten des Gruppenleiter im Rahmen des Tinnitus-Bewältigungstrainings gehört auch, sich um eine deutliche Sprachartikulation zu bemühen, da viele Tinnitus-Patienten unter einer Hörminderung leiden. Die Empfehlung an die hörgeminderten Teilnehmer, sich »mit dem guten Ohr« zum Grup-

penleiter zu setzen, kann – wenn die Teilnehmer dieses Verhalten in den Alltag übernehmen – bereits zu einer Verringerung subjektiver Beeinträchtigung in sozialen Situationen führen.

**Gruppenregeln.** Das Training führt frühzeitig in Gruppenregeln ein (s. Sitzung 1). Die Regeln sind auf das Notwendigste begrenzt, um die Teilnehmer nicht einzuschüchtern oder zu verunsichern, wie dies leicht bei ausgeprägter »Psychologisierung« der gemeinsamen Arbeit geschieht.

Selbstverständlich ist die Vermeidung einer besserwisserischen oder gar zurechtweisenden Haltung, die der Patient als Kritik an sich verstehen muss und zur Beschämung führt, von oberster Priorität. Der Teilnehmer sollte keinen Anlass haben, sich in seinem Verhalten missbilligt oder als Person abgewertet zu fühlen. Dennoch hat der Gruppenleiter – wenigstens themenbezogen – die größte Kompetenz im Raum. Das Gleichgewicht zwischen dem kritisierenden »Nachweis von Fehlern« und einer empathischen Wissensvermittlung mit der Möglichkeit der Korrektur dysfunktionaler Bewältigungsstile ist immer aufs Neue herzustellen.

**Humor.** Ein humorvoller Stil der Gruppenleitung ist immer günstig, kann aber natürlich nicht »verordnet« werden. Genauso förderlich ist es, wenn der Gruppenleiter mit einer angstfreien Haltung in die Gruppe gehen kann. Die ständige Sorge, gegen Probleme und Störungen in der Gruppe nicht gewappnet zu sein, kann zu Verkrampfung und Unfreiheit führen, lässt sich aber durch reine Aufforderung nicht ausräumen. Eine angstfreie Haltung der Gruppenleitung kann einen starken Modellcharakter haben und dabei helfen, Probleme nicht eskalieren zu lassen, sondern frühzeitig auszuräumen. So können Misstöne, latente oder offene Kritik oder auch erkennbare Konflikte zwischen den Teilnehmern frühzeitig, offen, aber in angemessener Form angesprochen werden (»Herr X, Ihrer Miene nach sind Sie damit gar nicht einverstanden. Mögen Sie sagen, wo Sie ganz andere Erfahrungen gemacht haben oder ganz anderer Meinung sind?«).

### **Aufgaben des Gruppenleiters**

Es gibt einige wenige grundsätzliche Aufgaben eines Leiters von Trainingsgruppen, die generelle Gültigkeit haben.

**Schutz der Teilnehmer.** Der Schutz (einzelner) Teilnehmer ist in jedem Fall zu beachten und zu verwirklichen. Im Anlass oder in der Stärke unangemessene Kritik aus der Gruppe muss abgefangen und moderiert werden. Im Gegensatz zu psychodynamischen oder auf Selbsterfahrung fokussierten Gruppen wird die Kritik nicht oder nur in Ausnahmefällen zum Verstehen der kritisierenden oder der kritisierten Person verwendet, sondern mit den Gruppenregeln abgeglichen und möglicherweise auch zurückgewiesen (»Frau X, dass Sie das Verhalten von Herrn Y als Fehler sehen, kann ein wichtiger Hinweis sein. Ich möchte Sie dennoch bitten, dies, wenn es geht, noch einmal mit »Erfahrungen« zu formulieren, die Sie selbst gemacht haben«). Gegebenenfalls muss der Gruppenleiter aber auch stärker intervenieren (»Herr X, ich weiß nicht, was Sie an der Äußerung so sehr ärgert. Haben Sie Ihre eigenen Erfahrungen mit solchen Reaktionsweisen?«).

**Verantwortung.** Die Verantwortung für den Lernprozess trägt der Gruppenleiter. Dies bedeutet, dass er sowohl für die Vorbereitung der einzelnen Sitzungen (inhaltliche Vorbereitung, Materialvorbereitung) als auch für den möglichst störungsfreien Ablauf verantwortlich ist.

Das Gruppenprogramm beinhaltet verschiedene Arbeitsformen, im Rahmen derer sich auch die Rolle des Gruppenleiters ändert.

**Vortragsstil.** Auch bei der Psychoedukation im Vortragsstil sollte der Gruppenleiter die Teilnehmer zu Fragen ermutigen bzw. die Interaktion durch Zwischenfragen an die Teilnehmer fördern (»Was ich gerade gesagt habe ...«, »Kennen Sie das auch von sich?«). Die Begrenzung von Fragen im Dienste einer zeitlichen Disziplin kann aber ebenfalls nötig sein.

**Einholen und Sammeln von Erfahrungen** nehmen im Rahmen dieses Trainings einen breiten Raum ein. Der Gruppenleiter hat hier vor allem die Aufgabe, die Antworten zu strukturieren und systematisieren, indem er etwa Aussagen prägnanter formuliert oder besonders wichtige Inhalte akzentuiert, Wiederholungen einordnet und unter Umständen auch Abseitiges und Unwichtiges als solches kennzeichnet (»Gut, das ist auch eine Möglichkeit, die uns jetzt aber auf einen ganz anderen Weg führt. Ich merke mir das mal für den Fall, dass wir nachher noch Zeit haben.«). Weiterhin kann der Gruppenleiter den Erfahrungsbericht durch geschickte Verstärkungen in eine produktive Richtung lenken (»Aha, dann schreibe ich hier nicht ›Schlaflosigkeit‹, sondern besser ›Angst vor Schlaflosigkeit‹.«).

**Gruppenübungen.** Gruppenübungen mit Erfahrungslernen stellen eine besonders anspruchsvolle Form der Gruppenarbeit dar. So kann z. B. die genaue Formulierung der Instruktion von ausschlaggebender Bedeutung für das Gelingen bzw. den Misserfolg der Übung sein. Dies bedeutet, dass sich der Gruppenleiter auf diese Übungen besonders vorbereiten muss, indem er vor der Sitzung diese Übungen – eingebettet in den Sitzungsverlauf – in der Vorstellung genau durchgeht, wobei er sich die Ziele, die er erreichen will, noch einmal verdeutlicht. Eine regelmäßige und intensive Vorbereitung auf jede Sitzung ist eine Vorbedingung für eine erfolgreiche, d. h. für den Teilnehmer profitable Durchführung.

So genannte Befindlichkeitsrunden (»Blitzlicht«) werden nach unserer Meinung hinsichtlich ihrer förderlichen Funktion überschätzt und wurden deshalb nicht in die Sitzungen integriert.

## 6.4 Umgang mit schwierigen Situationen

Ausgehend von dem bisher Gesagten geben wir nun einige Hinweise zum Umgang mit schwierigen Situationen in den Tinnitus-Bewältigungsgruppen.

### **Die Erfahrungsberichte anderer Teilnehmer wirken angstinduzierend**

Manchmal können Äußerungen von Gruppenmitgliedern auf andere negative Wirkungen zeigen. Teilnehmer äußern manchmal: »Bis jetzt bin ich ja mit meinem Tin-