

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen: Welche Möglichkeiten bietet das Kölner Opferhilfe Modell?

Jennifer Söhn, Robert Bering

Die Umsetzung des Kölner Opferhilfe Modells macht es möglich, dass auch Gehörlose als Opfer einer Straftat Hilfestellung gewährt bekommen und einen OEG-Antrag stellen können

Zusammenfassung

Gehörlose weisen besondere Ressourcen und Vulnerabilitäten auf. In das sektorenübergreifende Behandlungs- und Rehabilitationsangebot des Zentrums für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH für Hörende ist die medizinische Versorgung von Gehörlosen inklusiv eingebettet. Die besonderen Bedarfe der Zielgruppe werden auf der Grundlage des Behandlungskonzepts sowie einer qualitativen Pilotstudie von elf Gehörlosen in der medizinischen Rehabilitation beschrieben. Wir schlussfolgern, dass eine inklusive Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen möglich ist, wenn die Sprachbarriere und kulturelle Sensibilitäten dieser Zielgruppe berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Gehörlosigkeit, posttraumatische Belastungsstörung, Kölner Opferhilfe Modell, Traumatherapie

Inclusive Treatment and Rehabilitation of the Deaf: What Possibilities Does the Cologne Victim Aid Model Offer?

Summary

The deaf have special resources and vulnerabilities. The cross-sectoral treatment and rehabilitation program offered by the Center of Psychotraumatology Alexianer Krefeld GmbH embeds an inclusive medical care of the deaf. The specific needs of the target group are described. This description is based on the established program as well as on a qualitative study (n=11) in medical rehabilitation. We conclude that comprehensive treatment and rehabilitation of the deaf is possible if the language barrier and cultural sensitivities of this target group are considered.

Keywords

deafness, posttraumatic stress disorder, Cologne victim aid, traumatherapy

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

Einleitung

Gehörlose finden in unserem Gesundheitssystem wenig Beachtung. Es fehlt an gebärdensprachkompetentem Fachpersonal sowie kultursensiblen Kenntnissen. Das gilt insbesondere für den Opferschutz dieser Zielgruppe. Im Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer Krankenhauses Krefeld GmbH wurde aufgrund dieser Versorgungslücke das Angebot der Opferschutzambulanz sowie der akutmedizinischen und rehabilitativen Versorgung erweitert. Wir stützen uns auf das Kölner Opferhilfe Modell und adaptieren es auf die Bedarfslage von Menschen mit einer Hörschädigung, die auf die Kommunikation in Gebärdensprache angewiesen sind.

Wir stellen zunächst die sektorenübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für gehörlose Menschen vor und präsentieren in einem zweiten Schritt eine qualitative Pilotstudie, die Risikofaktoren und Kultursensibilitäten der Zielgruppe aufzeigt.

Von Gehörlosigkeit spricht man, wenn eine Hörschädigung so gravierend ist, dass gesprochene Sprache auch mit einem Hörgerät nicht wahrgenommen werden kann. Olusanya et al. (2014) schätzen, dass weltweit ca. 360 Millionen Menschen von einer Hörbehinderung betroffen sind. Betroffene, die seit der

In der Regel lernt ein Kind als erste Sprache die seiner Eltern. Da aber 90% (Krüger,1982) aller gehörlosen Kinder hörende Eltern haben, ist für diese Kinder der Erstspracherwerb in der Regel in der Kernfamilie unmöglich. Nach Ruoss (1994) ist die Sprache der hörenden Eltern den gehörlosen Kindern nicht auf natürlichem Wege zugänglich, und die Eltern beherrschen die Gebärdensprache nicht. Bungard und Kopke (1995) unterscheiden, ob Gehörlose mit hörenden Eltern oder mit gehörlosen Eltern aufwachsen. Im ersten Fall entsteht eine innerfamiliäre Sprachbarriere, und die meisten gehörlosen Kinder hörender Eltern werden heute mit einem Cochlear Implantat (CI) versorgt. Die erwachsenen Gehörlosen, die bei hörenden Eltern aufgewachsen sind, verfügen daher oftmals über ein Implantat. Die Eltern dieser Gruppe setzen eine lautsprachorientierte Erziehung um und haben die Gebärdensprache entweder nicht erlernt oder setzen sekundär (pseudo) Gebärden im Kontakt zu ihren gehörlosen Kindern ein.

Tretbar et al. (2019) fassen die gegenwärtige Befundlage bei gehörlosen Erwachsenen dahingehend zusammen, dass entsprechend des Aufwachsens und der Muttersprache eine hörende oder gehörlose Identität ausgebildet wird. Während Gehörlose meist eine

Schwerhörige und Spätertaube mit einer „hörenden Identität“ verständigen sich lautsprachlich, müssen aber Einschränkungen in der lautsprachlichen Rezeption und Lebensqualität hinnehmen

Geburt gehörlos sind, sind meist von Beginn an mit Beeinträchtigungen der Kommunikation konfrontiert. So kann ein gehörloses Kind die Muttersprache nicht durch die gleichen Spracherwerbssequenzen erlangen, wie es hörenden Kindern möglich ist. Ein hörendes Kind hört die Stimmen seiner Eltern und anderer Bezugspersonen und ahmt das Gehörte nach. Das Durchlaufen zweier wichtiger Spracherwerbsphasen, die kritische Periode und die sensitive Periode, ermöglicht den Spracherwerb bis zum 5. Lebensjahr (Oeter & Montada, 2002).

„gehörlose Identität“ aufweisen, erwartet die Gesellschaft eine lautsprachliche Kommunikation. Schwerhörige und Spätertaube mit einer „hörenden Identität“ verständigen sich lautsprachlich, allerdings müssen sie Einschränkungen in der lautsprachlichen Rezeption hinnehmen. Diese Spannungen können die Lebensqualität negativ beeinflussen (Tretbar et al., 2019).

Gehörlosigkeit führt zu kommunikativen Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen, da Laut- und Gebärdensprache linguistisch unterschiedlich aufgebaut sind. Die

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

Gebärdensprache verfügt über eine andere Grammatik, eine andere Syntax und ist kulturräumsspezifisch. Die Gebärde selbst ist semantisch figurativ organisiert. Gedruckte Texte müssen somit in die Zielgebärde übersetzt werden, um vollständig verstanden werden zu können. Somit müssen Menschen, die auf Gebärden angewiesen sind, externe Barrieren zur Sprachkultur der Hörenden überwinden.

Darüber hinaus ist die Lesekompetenz von Gehörlosen sehr unterschiedlich. Die Annahme von Hörenden, dass Gehörlosigkeit durch gute Lesekompetenz kompensiert wird, ist unzutreffend.

Hörschädigung führt zu einer verminderten Lebensqualität und begünstigt durch fehlende soziale Teilhabe psychische Störungen

Die derzeitige Befundlage weist darauf hin, dass eine Hörschädigung zu einer verminderten Lebensqualität (Fellinger et al., 2005) der Betroffenen führt, die wiederum in negativer Wechselwirkung zur Teilhabe in allen Lebensbereichen psychische Störungen begünstigt. In Deutschland ist der Bedarf für die sozialpsychiatrische Versorgung von Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung sowie die daraus folgende Identifikation von Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren bislang nur unzureichend geklärt (Tretbar et al., 2019).

Am Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH haben wir uns zur Aufgabe gemacht, das Behandlungs- und Rehabilitationsangebot auf Gehörlose auszurichten, um somit einen Beitrag zu leisten, Barrieren im Opferschutz und in der Gesundheitsversorgung für Gehörlose abzubauen. Die Ergebnisse einer Pilotstudie stellen wir dar, um Spezifitäten der Behandlung und Rehabilitation der Zielgruppe aufzuzeigen.

Nordrheinisches Netzwerk für Psychotraumatologie

Das Nordrheinische Netzwerk für Psychotraumatologie (NNP) wurde im Jahre 2001

initialisiert, um Betroffenen von Straftaten, Unfällen, Naturkatastrophen und anderen Notfällen eine unmittelbare Hilfe zu gewähren. Das NNP umfasst zwei Zentren für Psychotraumatologie in Krefeld und in Köln-Süd sowie „Satellitenambulanzen“ in Duisburg-Rheinhausen, Meerbusch und Heinsberg.

Zentrum für Psychotraumatologie in Köln-Süd und Krefeld

Das Zentrum für Psychotraumatologie in Krefeld resultiert aus den Initiativen im Kölner Opferhilfe Modell: Seit 1994 hat das damalige Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium des Landes NRW, dem Kölner Polizeipräsidenten und dem Landesversorgungsamt NRW das Kölner Opferhilfe Modellprojekt (KOM-Projekt) auf den Weg gebracht. Ziel des Modellprojektes war die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Opfern von Straftaten. Im Herbst 1998 würdigte der Landtag NRW die Arbeit des KOM-Projekts durch seinen Beschluss, das Kölner Modell und seine Verfahrensweisen landesweit umzusetzen. Aktuell wird die bundesweite Vereinheitlichung des Opferschutzes im Gesetzgebungsverfahren des SGB XIV diskutiert.

Damals – 2001 – wurde das damalige Alexianer-Krankenhaus in Krefeld beauftragt, als überregionales Versorgungszentrum für Psychotraumatologie zu fungieren. Es wurden 12 stationäre Behandlungsplätze eingerichtet. 2005 wurde die stationäre und zwischenzeitlich auch die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation in Betrieb genommen, so dass alle Bausteine der sektorenübergreifenden Versorgung bis zur Schnittstelle der beruflichen Rehabilitation realisiert sind.

Der zentrale Zugangsweg zum Zentrum ist die offene Sprechstunde (siehe Abb. 1), ein Angebot für Betroffene mit dem Verdacht auf eine Psychotraumafolgestörung. Diese offene Sprechstunde dient als Soforthilfe für Opfer von vorsätzlichen Straftaten (Opferentschädi-

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

gungsgesetz, OEG), für Betroffene von Wege- und Arbeitsunfällen im Psychotherapieverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungen und Berufsgenossenschaften sowie für Versicherte, die auf Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz angewiesen sind.

Unberücksichtigt blieb lange, wie der Opferschutz auf Menschen mit Behinderungen ausgeweitet werden kann. Wir haben es uns seit 2015 zur Aufgabe gemacht, Gehörlosen den Zugang zum Kölner Opferhilfe Modell und damit zu adäquater heilkundlicher Versorgung möglich zu machen.

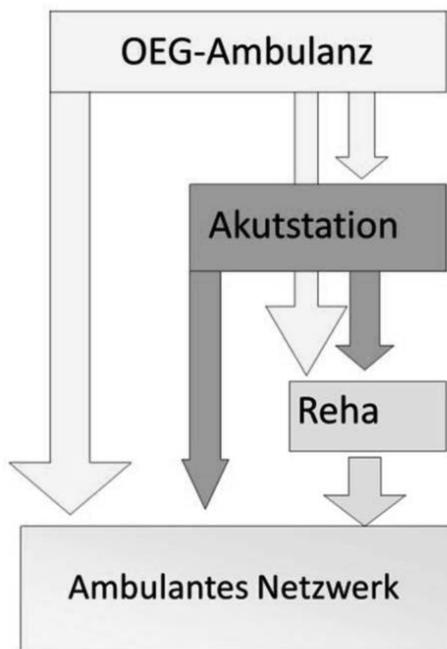


Abbildung 1: Sektorenübergreifendes Fallmanagement für Gehörlose in einem inklusiven Setting.

Gehörlose Menschen können im Zentrum für Psychotraumatologie in Krefeld ambulante sowie stationäre Angebote in Anspruch nehmen. Die drei Bausteine bestehen aus der Ambulanz, der Akutstation und der medizinischen Rehabilitation.

Opferschutzambulanz

Gehörlose haben die Möglichkeit, zeitnah in der Opferschutzambulanz des Zentrums

psychologische Gesprächsangebote in Gebärdensprache wahrzunehmen. In der Ambulanz erreichen uns gehörlose Menschen, die Opfer einer Straftat oder anderer Notfälle geworden sind, über eine eigene Sprechstunde nach Terminvereinbarung. Gehörlose können in diesem Rahmen barrierefrei Soforthilfe erhalten. Die Ambulanz ist per E-Mail und per Fax erreichbar. Gehörlose Menschen erhalten schnelle psychologische Hilfen in Gebärdensprache sowie Unterstützung bei der Erstellung des Antrags zur Opferentschädigung o.ä., Psychotherapeutische Einzelgespräche sowie eine wöchentlich stattfindende Stabilisierungsgruppe zählen zu den Angeboten. Ebenso unterstützen wir bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Das Angebot umfasst neben den Psychotherapien einen regelmäßigen Facharztkontakt und ggf. eine begleitete medikamentöse Behandlung.

Finanzierungsbarrieren für Gebärdensprachdolmetscher

Reicht eine ambulante Behandlung nicht aus, so können Gehörlose auf der Akutstation des Zentrums aufgenommen werden (Bering et al., 2003). Allerdings bestehen Finanzierungsbarrieren. Entgegen dem Gleichheitsgrundsatz (siehe Fuchs, 2019 in diesem Heft) finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen Gebärdensprachdolmetscher weder zur Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz noch im Rahmen einer stationären Behandlung, da die psychiatrische Krankenhausbehandlung pauschalisiert ist.

Offen ist, ob diese Finanzierungslücke mit dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie geschlossen werden kann. Anders ist die Situation in der medizinischen Rehabilitation, die wir aus diesem Grunde ausführlicher darstellen.

Medizinische Rehabilitation für Gehörlose

Gehörlose Menschen mit Traumafolgestörungen haben aufgrund des inklusiven Konzeptes seit 2017 die Möglichkeit, die medizinische Rehabilitation im Zentrum für Psychotra-

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

matologie in Anspruch zu nehmen. Da hier in den meisten Fällen der Leistungsträger die Rentenversicherung ist, gibt es weniger Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme für Gebärdensprachdolmetscher. Gehörlose Menschen werden gemeinsam mit den hörenden Rehabilitanden rehabilitiert. Das Konzept ist innovativ, da Gehörlose ansonsten oftmals ausschließlich unter ihresgleichen rehabilitiert werden. Da die Gehörlosen eine übersichtliche Gruppe darstellen, kennen sich viele untereinander, so dass es einigen sehr recht ist, nicht auf zu viele andere Gehörlose zu treffen. Sie möchten anonym bleiben, da sich in der Gehörlosen-Community leicht herumspricht, wer psychiatrische/ psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nimmt.

Analog zur Rehabilitation von Hörenden steht bei Gehörlosen zu Beginn der Rehabilitation die Analyse der Auswirkungen des Störungsbildes im bio-psychozialem Modell der ICF (International Classification of Function, Disability and Health). Besonderheiten ergeben sich aus der Wechselwirkung zwischen der Behinderung und den Kontextfaktoren, die für die Zielgruppe der Gehörlosen oft spezifisch und für die Festlegung der Rehabilitationsziele relevant ist. Neben kommunikativen Spezifika

de begannen sich für die Gebärdensprache zu interessieren und Gehörlose hatten die Möglichkeit, eine zentrale korrigierende Erfahrung zu machen. Hörende Rehabilitanden haben in der Regel Interesse an der Gebärde und an dem Kulturraum der Gehörlosen gezeigt. Im optimalen Fall haben Gehörlose die Erfahrung gemacht, dass die Kommunikationsbarriere zum Förderfaktor der interpersonellen Interaktion und Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Gemeinschaft mit Hörenden ausreift.

Zur Traumatherapie

Therapeutisch wird in Anlehnung an die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie nach Fischer gearbeitet (Fischer, 2000). Hierbei werden trauma-kompensatorische Schemata identifiziert und Persönlichkeits- und Abwehrstile identifiziert und bearbeitet. Das sogenannte traumakompensatorische Schema wird in seinen salutogenen, präventiven und reparativen Aspekten gestärkt und in seinen dysfunktionalen, maladaptiven Anteilen hinterfragt. Die Entwicklung von Veränderungsschritten in Richtung einer selbstbestimmten, bewussten Handlungsplanung wird hierdurch angestoßen.

Manchmal können Gehörlose sprachliche Inhalte nicht nachvollziehen, so dass kommunikative Alternativen – Umschreiben oder Nennen von Beispielen – gefunden werden müssen

müssen kulturspezifische Verhaltensweisen aus der Gehörlosengemeinschaft berücksichtigt werden. So ist es z.B. in der Gehörlosengemeinschaft völlig angemessen, sich direkt zu *duzen* und auch sich zu umarmen.

Die hörenden Rehabilitanden werden jeweils vor der Aufnahme Gehörloser sensibilisiert. Sie erhalten Informationen über Gehörlosigkeit und Kommunikationsstrategien. Des Weiteren wird das Fingeralphabet besprochen und den Rehabilitanden ausgehändigt. Die bisherigen gemeinsamen Behandlungen wurden von Seiten aller Rehabilitanden als inspirierend und bereichernd bewertet. Hören-

Die Gehörlosenkultur ist oft ein wichtiger Förderfaktor und eingebettet in das traumakompensatorische Schema. Vor diesem Hintergrund ist die therapeutische Arbeit kultursensibel. Oft reicht es nicht, von der einen in die andere Sprache zu übersetzen, um damit die Inhalte für die andere Kultur verständlich zu machen. Manchmal können gehörlose Menschen Inhalte nicht nachvollziehen, so dass kommunikative Alternativen gefunden werden müssen. Häufig ist das Umschreiben oder das Nennen von Beispielen essenziell.

In der Gebärdensprache ist es ungewohnt, therapeutische Fragen zu stellen, denn es

Gaby Breitenbach

Innenansichten dissoziierter Welten extremer Gewalt

Ware Mensch – die planvolle Spaltung der Persönlichkeit.
5. Aufl., 268 S., 29,50 €, ISBN 978-3-89334-546-5

Es gibt weltweit organisierte Kinderpornographie und Kinderprostitution und eine „Parallelwelt“, in der Menschen systematisch gequält, gefoltert und programmiert werden. Sie werden schon früh gezielt mit Hilfe ausgeklügelter psychologischer Techniken auf die sadistischen Wünsche gewalttätiger „Kunden“, auf deren kranken Hunger nach Macht und Sex, abgerichtet und konditioniert. Die Autorin zeigt in den einzelnen Kapiteln die Schattenwelt extremer Gewalt aus verschiedenen Blickwinkeln. Ihr Arbeitsmodell orientiert sich am BASK-Modell von Bennet Braun.



„Dieses Buch wird, davon bin ich überzeugt, das Standardwerk über seelische Folgen extremer Gewalt werden. ... Gaby Breitenbach hat mit ihrem Buch ein gutes Stück den Weg geebnet, um dem Netz der Unanständigkeit ein Netz des Anstands und der Menschenrechte gegenüberzustellen.“ (Deutsches Ärzteblatt)

„Gaby Breitenbachs Buch vermittelt Wissen und Hoffnung, wo andere AutorInnen häufig verzweifeln und nur noch Ressourcenübungen gegen das persönliche Burn-Out anzubieten haben – aus diesem Grund ist es allen relevanten Fachleuten als Lektüre zu empfehlen.“ (Dr. Ralf Vogt, Therapie-Zentrum Leipzig)

Rosmarie Barwinski

Die erinnerte Wirklichkeit

Zur Bedeutung von Erinnerungen im Prozess der Traumaverarbeitung. 2. Aufl., 172 S., 24,50 €, ISBN 978-3-89334-545-8

Ist die Erinnerung an traumatische Ereignisse realitätsgerecht oder entspricht sie eher einer Phantasie? Wie schränkt die Abwehr gegen die Wahrnehmung von Traumatisierung die Erinnerungsfähigkeit ein?

Die Autorin untersucht in dieser Arbeit auf der Grundlage ihres Integrationsmodells, welche unterschiedlichen Formen der Abwehr gegen die Wahrnehmung von Traumatisierung gebraucht werden.



„Aufgrund der Form der Erinnerung wird es nicht nur möglich, Aussagen darüber zu machen, wie weit traumatische Erfahrungen psychisch integriert werden konnten, sondern auch welche Behandlungstechnik entsprechend der Art der Erinnerung angewendet werden sollte.“ (Deutsches Ärzteblatt)

Asanger Verlag, Kröning

Dr. Gerd Wenninger, Böldorf 3, 84178 Kröning, verlag@asanger.de

Gaby Breitenbach, Harald Requardt

Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik

3. Aufl., 308 S., Festeinband, 39,- €
ISBN 978-3-89334-547-2

Die verstärkte Beschäftigung mit Traumata in den Medien geht damit einher, die Dissoziation als Erfahrung zu leugnen und einer Mode zuzuordnen. Die Autoren hingegen gehen davon aus: „Wo Trauma ist, ist Dissoziation – und wo Dissoziation ist, ist Trauma.“ In diesem Handwerksbuch aus der Praxis für die Praxis werden zentrale Fragen beantwortet, wie z.B.: Wie kann man echte Dissoziation bzw. echtes Traumaerleben von Behauptungen unterscheiden?



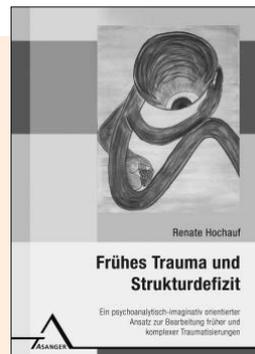
„Kapitel für Kapitel fasziniert und regt zum Nachdenken und Nachfühlen an – und dazu, sich als TherapeutIn und Mensch zum Thema Gewalt gegen Menschen zu positionieren. Ein politisches und wegweisendes Buch, das ich jedem empfehlen möchte, der sich mit dem Thema Traumatisierung von Menschen durch Menschen auseinandersetzen muss und/oder will“ (Trauma und Gewalt)

Renate Hochauf

Frühes Trauma und Strukturdefizit

Ein psychoanalytisch-imaginativ orientierter Ansatz zur Bearbeitung früher und komplexer Traumatisierungen.

5. Aufl., 290 S., 29,- €
ISBN 978-3-89334-485-7



Hans Holderegger

Der Umgang mit dem Trauma

Die „traumatisierende“ Übertragung als Schlüssel in der Traumatherapie. 4., aktualisierte und erweiterte Aufl., 170 S., 29,50 €

ISBN 978-3-89334-614-1



Die große Bedeutung von Traumata für Strukturdefizite erfordert neue Wege ihrer Behandlung und Nachintegration. Viele Patienten können aus unterschiedlichen Gründen nur Teilabschnitte einer solchen Aufarbeitung bewältigen. Trotzdem läßt sich damit durchaus eine deutliche Steigerung an Lebensqualität und seelischer Stabilität erlangen.

Der Umgang mit dem Trauma“ erschien erstmals 1993 und analysiert die Gefühle der Hilflosigkeit und Wut von Psychoanalytikern, die in der Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten ausgelöst werden. Hans Holderegger ermöglicht mit seinem Standardwerk einen neuen Zugang zum Verständnis der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse.

„Die Ausführungen sind dicht und zwingend – wie sie nur bei langjähriger klinischer Erfahrung sein können.“ (Deutsches Ärzteblatt)

„Ich wünsche dem Buch eine breite Diskussion zur Stärkung der therapeutischen Kompetenz und Einflussmöglichkeiten.“ (Ludwig Janus)

„Hans Holdereggers Buch spricht jedem Analytiker, der mit Patienten von heute das Wagnis Analyse auf sich nimmt, aus dem Herzen.“ (Bulletin der Schweiz. Ges. für Psychoanalyse)

„Das Buch ist so geschrieben, dass es nicht nur dem analytischen Profi, sondern auch dem gebildeten Laien ein Lesevergnügen bereitet.“ (Deutsche Lehrerzeitung)

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

gibt keinen Konjunktiv, und somit müssen teilweise „große Schleifen“ für Umschreibungen gemacht werden. Beispiele gehören selbstverständlich zur Gebärdensprache dazu. Hieraus ergibt sich insbesondere für die Konfrontationsbehandlung die Herausforderung, Varianten zu entwickeln, die für Gehörlose besonders geeignet sind.

Gehörlose können die „innere Bühne“ beispielsweise durch Malen der verletzten Anteile visuell fassbar machen

Bewährt hat sich insbesondere die Traumakonfrontation mit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann. Mittels Matrjoschka Figuren können innere Ego-States und traumatische Erfahrungen durchgearbeitet werden. Diese Methode unterstützt die Visualisierung dieser Begegnungen und fördert das Verständnis der inneren verletzten sowie der verletzenden Anteile. Für Gehörlose ist es besonders wichtig, die „innere Bühne“ haptisch und visuell fassbar zu machen. Verletzte Anteile können z.B. gemalt werden. Bei der Traumakonfrontation im Rahmen der EMDR konnte die Erfahrung gemacht werden, dass das wechselseitige Tappen, das Klopfen auf die Knie, besser angenommen werden konnte als die Stimulation durch die Augenbewegungen. Auch dies spricht dafür, dem Bedürfnis der Gehörlosen nach haptischen Erfahrungen zu entsprechen.

Gehörlose Menschen verfügen aufgrund ihrer Bildungssituation vielfach über einen geringeren Wortschatz. Dies hat möglicherweise einen großen Einfluss auf die Möglichkeit, Emotionen benennen zu können. Oftmals gibt es in der Antwort nur „gut“ oder „schlecht“. Die Aufdeckung von biographischen Zusammenhängen war für die Gehörlosen nicht immer nachvollziehbar. Sie beschrieben es häufig konkret: „Die Vergangenheit war schlimm, aber ist vorbei.“

Um die Bedarfe und spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren bei gehörlosen Rehabilitanden differenzierter zu erfassen, führten

wir im Rahmen der medizinischen Rehabilitation eine Pilotstudie durch, die wir im Weiteren vorstellen möchten.

Gehörlose mit Traumafolgestörungen – eine qualitative Studie

Im Rahmen des von der Europäischen Kommission geförderten Drittmittelprojekts EU-NAD-IP (European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster-Implementation, 2016-2017) führte das Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH von 2016 bis 2017 eine primär qualitative Studie durch. Ziel war die Erfassung von Herausforderungen, Bedarfen und Coping-Skills bei Menschen mit Hörschädigung und Psychotraumafolgestörung im Kontext einer rehabilitativen Maßnahme.

Methodik

Es wurden 11 Interviews mit Probanden mit Hörschädigung, die in Gebärdensprache kommunizieren, durchgeführt, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolvierten. Als Interviewleitfaden wurde ein dafür entwickelter Fragebogen eingesetzt, der soziodemographische Angaben und Eckdaten zum erlebten traumatischen Ereignis (z.B. Zeitpunkt und Art des traumatischen Ereignisses) erfasst. Des Weiteren wurde erfragt, welche speziellen Bedürfnisse in Bezug auf Psychotherapie traumatisierte gehörlose Menschen haben, welche Stabilisierungstechniken von ihnen präferiert werden und wie Psychotherapie mit einem Gebärdensprachdolmetscher im Vergleich zu einer Psychotherapie mit einem gebärdenden Psychotherapeuten erlebt wird.

Die Interviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010) ausgewertet. Zusätzlich wurden Therapie- und Reflexionsgespräche mit einer geprüften Gebärdensprachdolmetscherin und Systemischen Therapeutin mit einbezogen sowie die Ergebnisse der Psychometrie, u.a. die Posttraumatic Stress Skala (PTSS-10) von Raphael et al. (1989; deutsche Version von Schade, Schüffel & Schunk, 1997).

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

Ergebnisse

Alle 11 gehörlosen und schwerhörigen TeilnehmerInnen der Forschungsgruppe wuchsen bei hörenden Eltern auf. Neun von ihnen hatten Eltern, die keine Gebärdensprache beherrschten, zwei hatten Eltern mit Grundkenntnissen. Alle 11 TeilnehmerInnen berichteten von einer gestörten Kommunikation und einem Informationsverlust innerhalb der Familie. Sie erklärten, dass sie über verbale Botschaften in der Familie oft nicht verstanden worden seien und berichteten über soziale Ausgrenzung und Isolation. Sieben TeilnehmerInnen berichteten von Erfahrungen körperlicher Gewalt, acht berichteten von psychischer Gewalt und fünf berichteten von sexueller Gewalt. Gewalt erlebten alle Beteiligten in ihren Familien. Dies wurde meistens als Folge fehlender Kommunikationsmöglichkeiten beschrieben.

Die Mehrzahl der ProbandInnen verfügten über einen Schulabschluss und neun von 11 hatten eine Ausbildung abgeschlossen. Sie berichteten von der Schule in Internatsform und häufig von Ausbildungen in einem Berufsbildungswerk. Die Mehrzahl war zum Zeitpunkt der Rehabilitation im Arbeitslosengeld II Bezug. Vier befanden sich in einem Beschäftigungsverhältnis und waren mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden. Die Probanden berichteten, fast ausschließlich mit hörenden Kollegen und Vorgesetzten zu arbeiten. Innerhalb des beruflichen Alltags gebe es keinen Austausch und kaum kommunikative Möglichkeiten. Sie berichteten von einer enormen Erschöpfung durch den erhöhten Leistungsaufwand, um die Kollegen zu verstehen. Sie seien ständig auf das „Lippenlesen“ angewiesen. Sie seien häufig ausgeschlossen, befürchteten nicht gemocht zu sein, fühlten sich diskriminiert und unfair behandelt.

Die Beschwerden, die von gehörlosen Rehabilitandinnen genannt wurden, sind Erinnerungsdruck, Überregung, Vermeidung, Veränderungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle, Veränderungen der Selbstwahrnehmung, Veränderungen in Beziehungen zu anderen, Somatisierung sowie Ver-

änderungen von Lebenseinstellungen. Die starke Kommunikationsbeeinträchtigung hatte sekundär insbesondere Beeinträchtigungen in der interpersonellen Interaktion und Beziehungsgestaltung zur Folge. Weiterhin zeigten innerhalb der Rehabilitation neun TeilnehmerInnen Schwierigkeiten, sensibel und empathisch zu reagieren, insbesondere, wenn sie die Perspektive anderer Personen einnehmen und ihre Bedürfnisse reflektieren sollten.

Ich habe am Tisch nur was zu essen bekommen, wenn ich es richtig ausgesprochen habe, sonst hat mein Vater mich bestraft

Um einen Eindruck aus der Erfahrungswelt der Gehörlosen zu vermitteln, werden Aussagen aus den Interviews zu den Themenfeldern Kommunikation, Gewalterfahrungen und Schule und Arbeit wiedergegeben

Kommunikation

Die ProbandInnen berichteten alle von überfordernden Kommunikationserlebnissen mit den Eltern, teilweise mit überwältigenden Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit:

„Ich habe am Tisch nur was zu essen bekommen, wenn ich es richtig ausgesprochen habe, sonst hat mein Vater mich bestraft (...) er hat mich geschlagen oder mich eingesperrt.“

„Ich bin in einer hörenden Familie aufgewachsen. Alle drei Schwestern sind hörend. Am Esstisch habe ich nie verstehen können warum es ging, wenn alle lachten.“

„Ich habe täglich Sprechen üben müssen, meine Eltern haben sich gegen die Gebärdensprache entschieden.“

„In meiner Familie sind alle hörend, in dem Dorf galt ich als der Dumme und wurde gehänselt. Ich wusste gar nicht, dass es noch andere Gehörlose auf der Welt gab.“

„Als ich klein war, hatte ich einen schlimmen Trümmerbruch. Wegen Komplikationen musste ich 5 Monate im Krankenhaus bleiben. Ich war so einsam und isoliert, ich konnte mit niemanden kommunizieren und verstand das alles nicht.“

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

Alle TeilnehmerInnen berichteten von hörenden Geschwistern, die eine nähere Bindung zu den Eltern gehabt hätten. Und sie berichteten von dem Vorziehen dieser Kinder sowie von vermehrter Liebe der Eltern den hörenden Kindern gegenüber. Die Mehrzahl der Teilnehmer berichtete insgesamt von einem Fremdheitsgefühl in der Familie. Sie fühlten sich isoliert, nicht verstanden und nicht geliebt.

Gewalt

„Es gab immer Konflikte zwischen meiner Mutter und mir. Sie hat mich geschlagen und an den Haaren gezogen.“

„Meine Mutter hat mich geschlagen und einmal auch gewürgt. Sie hat mich nicht geliebt.“

„Mein Vater hat mich regelmäßig geschlagen mit den Worten: nun hör doch mal zu! Er hat mich mit dem Messer in den Arm geschnitten, mir Pfeffer in den Mund gekippt. Er hat mich bestraft mit kalten Duschen und mich geschüttelt, mit dem Gürtel geschlagen und mich Stunden im dunklen Keller eingesperrt. Meine hörenden Geschwister wurden nie so hart bestraft.“

„Der Mann hat einfach mit mir geschlafen, ohne dass ich das wollte, ich wusste nicht, dass auch das eine Vergewaltigung ist. Ich dachte das sei normal.“

Schule und Arbeit

„Sie haben mich abgesetzt (im Internat) und ich wusste nicht, dass ich da nun bleiben sollte. Ich habe so geweint.“

„Meine Lehrer haben mir mit dem Stock auf die Hände geschlagen, die Gebärdensprache war verboten, ich durfte nicht gebärden. (...) manchmal durfte ich auch nicht auf die Toilette gehen, bis ich einnässte und dann gab's Schläge.“

Die Unterbringung im Internat wurde von einigen ProbandInnen als ein weiteres traumatisches Ereignis erlebt. Es sei zu körperlicher Züchtigung durch Lehrer gekommen, und es habe fast ausschließlich Lehrer gegeben, die

nicht gebärden konnten. Es sei auch zu sexuellen Übergriffen, physischer und psychischer Gewalt durch Mitschüler gekommen.

Schlussfolgerungen

Zur Sprachbarriere von Gehörlosen

Unter optimalen Verhältnissen stehen gebärdensprachkompetente Therapeuten zur Verfügung, die auch Kenntnisse in der Gehörlosenkultur aufweisen. Oft ist dieser Standard nicht zu gewährleisten. Für diesen Fall sollten Gebärdendolmetscher zur Verfügung gestellt werden. Die Organisation sollte nicht in die Verantwortung von Gehörlosen und schwerhörigen Patienten fallen. Leistungsträger sollten die Finanzierungsumsetzung der Gebärdendolmetscher vereinheitlichen.

Beim Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern ist wichtig, sich direkt dem Patienten gegenüber zu setzen und zu vermeiden, sich während des Sprechens und Hörens an den Gebärdensprachdolmetscher zu richten.

Für die Sitzungen (Einzel- und Gruppe) wurden Präsenzdolmetscher bevorzugt, während zugeschaltete Online-Dolmetscher in den meisten Fällen kritisch gesehen wurden.

Zur speziellen Anamnese von Gehörlosen

Unsere Studie hat gezeigt, dass insbesondere die innerfamiliäre Sprachbarriere zwischen gehörlosen Kindern und hörenden Geschwistern und Eltern erfasst werden sollte. Beispiele aus der Anamnese der Gehörlosen sollten genau exploriert werden, um nachzuvollziehen, wie sich diese Sprachbarriere auf die Entwicklung einer psychischen Störung ausgewirkt hat.

Gehörlose wurden oft in Heimen und Internaten untergebracht. Wir empfehlen, bei positiver Heimanamnese zu erfassen, ob ggf. Anspruch auf Entschädigung wegen systematischer (sexualisierter) Gewalterfahrung besteht. Für diesen Fall sollten die Betroffenen ausführlich über die Möglichkeiten der Entschädigung informiert werden.

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

Zur speziellen Psychopathologie und Diagnostik von Gehörlosen

Gehörlose und Schwerhörige leiden unter denselben psychiatrischen Störungen wie Hörende. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass in dieser Population allgemein häufiger psychiatrische Probleme auftreten. Die Prävalenz von PTBS wurde bisher nicht vollständig erfasst, und es bedarf weiterer Forschung. Schwerhörige oder Menschen, die an einem zunehmenden Hörverlust leiden, berichten häufig gleichzeitig von Hyper- und Hypoakusie. Dieses Phänomen ist dem Hypererregungssyndrom von traumatisierten Menschen sehr ähnlich.

Es ist unklar, ob es zu Dissoziationen kommt, weil die beschreibenden Begriffe in der Gebärdensprache nicht vorkommen

Existierende psychometrische Fragebögen sind trotz Interpretationshilfen nur teilweise für die gehörlosen/schwerhörigen TeilnehmerInnen verständlich. Beispielsweise war es unklar, ob es zu Dissoziationen bei den Teilnehmern kommt, weil die beschreibenden Begriffe nicht in der Gebärdensprache dargestellt werden konnten. Dies gilt insbesondere für Fragebögen, die dissoziative Symptome erfragen (z.B. Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) oder den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS).

Zur Psychotraumathe­rapie von Gehörlosen

Gehörlose und Schwerhörige haben in der Therapiesituation die gleichen Bedürfnisse wie Hörende: Nähe, Einfühlungsvermögen, Humor usw. Eine Traumabehandlung ist schwieriger, wenn sie über Gebärdensprachdolmetscher durchgeführt werden muss. Augenkontakt ist während der Therapie äußerst wichtig, wird jedoch immer wieder unterbrochen, wenn ein Dolmetscher anwesend ist. TherapeutInnen, die die Gebärdensprache nutzen, werden bevorzugt.

Wenn TherapeutInnen nicht in der Lage sind, Gebärdensprache anzuwenden, sollte vorzugsweise in der Therapie immer derselbe Dolmetscher eingesetzt werden, wenn mehrere Sitzungen erforderlich sind.

Gehörlose und Schwerhörige sind es gewohnt, von Hörenden gelenkt zu werden. Das erwarten sie auch im therapeutischen Kontext. Inhalt und Ablauf der Therapie und die Rolle des Therapeuten als Person, die dem Patienten hilft, sich selbst zu helfen, müssen erklärt werden. Hilfreich ist:

- Bildmaterial zur Unterstützung der therapeutischen Interventionen kann hilfreich sein u.a. Flipchart nutzen, Moderationskarten verwenden, Familienbrett etc.
- Fachbegriffe wie „Skill“ oder „Trigger“ müssen umschrieben und erklärt werden. Es kann nützlich sein, mit dem Patienten eine Geste für diese Begriffe abzustimmen.
- Im Rahmen stabilisierender Interventionen wurde deutlich, dass Stabilisierungstechniken mit visuellen, haptischen und motorischen Methoden bevorzugt wurden. Hierzu zählen z.B. die Nutzung eines Stressballs, Coolpacks, visuelle Orientierungstechniken, durch den Raum gehen (Bewegung), Erstellung eines Notfallkoffers (Skillskette). Imaginative Techniken wurden als nicht hilfreich wahrgenommen
- Stabilisierungstechniken, die bilaterale Stimulation und Körperbewegung nutzen, sind vorzuziehen.

Fazit

Für den Opferschutz von Gehörlosen sind Besonderheiten der Zielgruppe zu beachten. Analog zu der Gruppe der Hörenden hat die Umsetzung des Kölner Opferhilfe Modells möglich gemacht, dass auch Gehörlose als Opfer einer akuten Straftat Hilfestellung gewährt bekommen und einen Antrag nach dem OEG stellen können. Diese Möglichkeit besteht dann, wenn die Gesundheitsstörung Folge einer vorsätzlichen Straftat ist. Allerdings haben wir in unserer Pilotstudie zeigen können, dass die psychosozialen Belastungen

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

von Gehörlosen vielschichtig sind. Sie bewegen sich in den Themenfeldern Kommunikation, innerfamiliäre Gewalterfahrungen, Schule und Arbeit. Die Belastungskonstellationen sind subtiler als die klar umgrenzte „Straftat.“

Im Rahmen unserer Pilotstudie haben wir die Erfahrung gemacht, dass Gehörlosigkeit zu Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe in sozialen Bezügen führt. Allerdings bestehen auch kulturspezifische Förderfaktoren in der Gehörlosengemeinschaft. Negative Kontextfaktoren sind besonders dann ausgeprägt, wenn Gehörlose in Familien aufwachsen, in denen die Eltern hörend sind. Für die Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen mit Psychotraumafolgestörungen sind Besonderheiten zu beachten.

Die diagnostische Testung im Rahmen der Rehabilitation bedarf einer Optimierung, da die psychometrischen Fragebögen für viele Rehabilitanden mit Hörschädigung trotz Verdolmetschung nur teilweise verständlich sind. Stabilisierungstechniken werden im Rahmen visueller, haptischer und motorischer Methoden und Übungen bevorzugt. Therapietechniken mit visueller Unterstützung werden präferiert.

Das gilt auch für die Durchführung der Traumakonfrontation. In den Sitzungen werden zudem Präsenzdolmetscher bevorzugt, die Zuschaltung durch Online-Dolmetscher wird vergleichsweise kritisch betrachtet.

Schlussendlich scheint eine weitere Professionalisierung der Behandlungsmaßnahmen in genannten Bereichen notwendig, um die Rehabilitation von Menschen mit Hörschädigungen noch bedarfsgerechter zu gestalten sowie die Behandlungserfolge zu erhöhen und zu optimieren. Für die zukünftige psychotherapeutische Versorgung hörgeschädigter Menschen mit einer Traumafolgestörung sind weitere Untersuchungen indiziert, um das Angebot ausweiten und auf diese spezielle Zielgruppe anpassen zu können.

Danksagung

Die Studie wurde im Rahmen des von der Europäischen Kommission geförderten Drittmit-

telprojekts EUNAD-IP (European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster-Implementation, 2016-2017) finanziell unterstützt.

Literatur

- Bachmann, W. (2013). Katastrophenschutz für hörbehinderte Menschen. Eine Dokumentation von Wolfgang Bachmann (2. Aufl.) Berlin: Deutscher Gehörlosen Bund e.V. Verfügbar unter: <https://d-nb.info/1049558286/34> (15.04.2019)
- Bering, R. (2011, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage): Verlauf der Post-traumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung (S. 452). Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R., Horn, A., Spieß, R. & Fischer, G. (2003). Forschungsergebnisse zur Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT) im multiprofessionellen Setting. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 4, 45-59.
- Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2019, 3. Auflage). Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereigniskonstellation. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, H. Glaesmer & S.B. Gahleitner (Hrsg.), Handbuch der Psychotraumatologie. (S. 602-617). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bungard, W. & Kupke, S. (1995). Gehörlose Menschen in der Arbeitswelt. Weinheim: Beltz
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz (2017). Assisting People with Disabilities in Case of Disaster European Network for Psychosocial Crisis Management Recommendations for Preparedness, Response and Recovery. Bonn, Federal Office of Civil Protection and Disaster Assistance, S. 65-81.
- EUNAD: Helping the disabled in disasters (2015). Recommendations for Preparedness, Response and Recovery. Recommendations concerning psychosocial crisis management for citizens with blindness/visual impairment or deafness/hearing impairment. Verfügbar unter: <http://eunad-info.eu/workshops/recommendations.html>. (15.04.2019)
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G. & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology Ausgabe 09/2005, S.:737-742
- Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. The Lancet, 379, 1037-1044.
- Fellinger, M. & Fellinger, J. (2013). Gehörlose Patienten im psychiatrischen Kontext. In Neuropsychiatrie Ausgabe: 28, 19-26. Heidelberg: Springer Verlag
- Fischer, G. (2000a). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie – MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.
- Gerwinn, F., Kaul, T., Schedlich, C. & Bering, R. (2016). Psychosoziale Notfallversorgung nach Großscha-

Behandlung und Rehabilitation von Gehörlosen

Jennifer Söhn, Robert Bering

densereignissen von Menschen mit hochgradiger Hörschädigung. Das Zeichen, 1. Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser, Seedorf. Signum Verlag
Krüger, M. (1982). Der Personenkreis. In H. Jussen & O. Kröhnert (Hrsg), Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Gehörlosen und Schwerhörigen. Band 3. Berlin: Marhold.
Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. Aufl.) Weinheim: Beltz.
Olusanya, B., Neumann, K. & Saunders, J. (2014). The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bull World Health Organ 92:367–373
Øhre, B. (2017). Mental Disorders and Traumatic Experiences in Deaf and Hard of Hearing Adult Psychiatric Outpatients, Dissertation, University of Oslo
Oerter, R. & Montada, L. (2002). Entwicklungspsychologie, 5. Auflage, Weinheim: Beltz
Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
Ruoss, M. (1994). Kommunikation Gehörloser, Hogrefe AG
Tretbar, K., Basilewsk,i M., Wiedmann, K., Bartels C., Heßmann, P., Kownatka, M., Signerski-Krieger, J., Scherbaum, N., Meuret, S, Fuchs, M., Wiltfang, J., Kis, B. & Abdel-Hamid, M. (2019). Lebensqualität und Depression bei Hörminderung: Eine deutsche Bedarfsanalyse, HNO. 67(1): 36-44, Springer Medizin Verlag GmbH



Jennifer Söhn

Systemische Therapeutin
Traumatherapeutin (PITT, EMDR), Dipl. Sozialpädagogin
Geprüfte Gebärdensprachdolmetscherin
Zentrum für Psychotraumatologie Alexianer Krefeld GmbH
E-Mail: j.soehn@alexianer.de



Prof. Dr. Robert Bering

Institution und Funktion:
Chefarzt des Zentrums für Psychotraumatologie/ Klinik für Psychosomatische Medizin.
Alexianer Krefeld GmbH.
E-Mail: r.bering@alexianer.de



www.asanger.de

Sven Tönnies

Leben mit Ohrgeräuschen

Selbsthilfe bei Tinnitus. 14. Auflage, 171 S., € 16,-
ISBN 978-3-89334-(369-5

In Deutschland leiden mehr als drei Millionen Menschen unter Ohrgeräuschen (Tinnitus), davon mindestens eine halbe Million so unerträglich, dass sie kein normales Leben mehr führen können. Die Ärzte stehen dieser Gesundheitsstörung oft hilflos gegenüber, da Ohrgeräusche nur selten erfolgreich medizinisch zu behandeln sind, und fühlen sich bei den psychischen Begleitproblemen zumeist überfordert. Dieses Buch dient Betroffenen als Ratgeber. Aus dem Inhalt:

- Vom Ohrensausen zum Tinnitus-Syndrom • Behandlungsvarianten (medizinische und psychologische Angebote, Tinnitus Retraining-Therapie)
- Selbsthilfemöglichkeiten (S.-Gruppen, T.-Tagebuch, Ernährung, Gymnastik, Freizeitsport) • Entspannungsverfahren (Biofeedback, Phantasieren, Progressive Muskelentspannung, meditative Übungen)

„Unter den wenigen deutschsprachigen Büchern, die sich an Tinnitusbetroffene richten, die bestgelungene und kompetenteste Ausführung“ (Hörakustik)

„Ausführliche Darstellungen von Selbsthilfemöglichkeiten und Entspannungsverfahren runden das Buch ab und machen es zu einem guten Tinnitus-Ratgeber.“ (Tinnitus-Forum)

